

Année 1908

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 novembre 1908, à 1 heure

PAR

M. Jacques THUILLARD

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ARTHROPATHIES DANS LA SYPHILIS ACQUISE

Président : M. RECLUS

Professeur

Juges. . . { MM. KIRMISSON
PIERRE DUVAL
OMBREDANNE

Professeur

{ *Agrégés*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

31

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 novembre 1908, à 1 heure

PAR

M. Jacques THUILLARD

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ARTHROPATHIES

DANS LA SYPHILIS ACQUISE

Président : M. RECLUS

Professeur

Juges. . . { MM. KIRMISSON
PIERRE DUVAL
OMBREDANNE

Professeur
{ *Agrégés*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M. LANDOUZY.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....		GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{	BRISAUD.
Pathologie chirurgicale.....		DEJERINE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....		QUENU.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....		GILBERT-BALLET.
		ROGER.
	{	HAYEM.
Clinique médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{	LE DENTU.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.....		RECLUS.
		SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....		de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{	PINARD.
Clinique gynécologique.....		BAR.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
Clinique thérapeutique.....		KIRMISSON.
		Albert ROBIN.

Agrégés en exercice : "

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZAR.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LEGÈNE.	OMBREDANE.
BEZANÇON Fernand	DESGRÈZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL Pierre.	LENORMANT.	PROUST.
BROCA André.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET André.	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBÉ Marcel.	MULON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Contribution à l'étude des Artropathies
dans la Syphilis acquise

A MES PARENTS



A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS
Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON TRES CHER MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUE
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
Chirurgien en chef des asiles de la Seine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

HISTORIQUE

La notion des arthrites syphilitiques est d'origine relativement récente. Les anciens auteurs avaient cependant remarqué que le « mal vénérien » pouvait évoluer en s'accompagnant de douleurs au niveau des articulations. L'interrogatoire de leurs malades et les manifestations objectives se traduisant par de la tuméfaction et de la douleur les en avaient informés. Il semble cependant que leur attention ait été plutôt attirée par les phénomènes arthralgiques de la période secondaire ; encore que quelques-uns d'entre eux rapportent des cas de « fluxions » articulaires terminées par ankylose incomplète.

Ambroise Paré, écrivant à un de ses amis qui « venait de prendre le finial de Naples », lui rappelle les dangers qui le menacent et mentionne les troubles articulaires.

Mais ces affirmations sont pour nous sans grande valeur, devant avoir présent à l'esprit que tous confondaient la syphilis et la blennorrhagie, et que les manifestations signalées pouvaient relever directement de cette dernière maladie.

Ce n'est qu'en 1742 que Vogel, bientôt suivi par Brodie et Crowther en Angleterre, par Rust en Allemagne, signale pour la première fois l'action du virus

syphilitique sur certaines tumeurs blanches et la guérison de celles-ci par le traitement mercuriel. Il semble déjà que l'identification de ces « tumeurs blanches » et des arthrites spécifiques soit faite dans l'esprit de ces auteurs.

Boyer, Dupuytren, Bonnet, Velpeau, Lisfranc et Nélaton mentionnent simplement en passant la part que peut prendre la syphilis dans l'évolution des tumeurs blanches.

Hunter, néanmoins, nie avoir jamais vu la syphilis constitutionnelle attaquer les articulations, mais Babington, son commentateur, admet déjà que la syphilis peut devenir articulaire à deux périodes différentes. « Il se présente, dit-il, des cas où l'inflammation de la synoviale des articulations coïncide avec des symptômes non douteux de syphilis. Dans ces cas, l'inflammation de la synoviale est aiguë et accompagnée de tension et de rougeur superficielle. »

En 1837, Chomel, dans ses leçons de clinique médicale restées célèbres, signale des hypériostoses des extrémités articulaires avec hydarthroses consécutives, donnant à ces manifestations de la syphilis le nom de pseudorhumatisme.

Les phénomènes articulaires de la spécificité entraient alors dans la nosographie, mais ce devait être au professeur Richet que reviendrait l'honneur de leur alors dans la nosographie, mais ce devait être au professeur Richet que reviendrait l'honneur de leur assigner une place dans la pathologie.

En 1853, dans son remarquable travail sur les tu-

meurs blanches syphilitiques, il affirme le premier que la syphilis était capable de déterminer des synovites et des ostéites articulaires chez les sujets qui n'étaient en rien scrofuleux.

La même année, Crocq, en Belgique, établissait que la syphilis était une cause de tumeurs blanches. Ces affirmations donnèrent lieu à une violente discussion où Panas et Ricord prirent une part active.

« Je n'ai jamais vu, disait Ricord, des cas dans lesquels le virus syphilitique ait déterminé d'une manière directe des phénomènes de fluxion articulaire ; mais, si des individus tuberculeux viennent à contracter la syphilis, il peut résulter du mélange des deux diathèses un état mixte qui participe de l'une et de l'autre et qui n'est ni l'une ni l'autre exclusivement. Si une tumeur blanche vient à apparaître, elle présente des caractères mixtes de scrofule et de syphilis contre lesquels réussissent à merveille le mercure et les iodures. »

Cette dernière phrase n'admettait-elle pas implicitement l'autonomie de la syphilis articulaire ?

Richet, alors, apporta des observations où était démontrée l'existence de synovites et d'ostéites épiphysaires à retentissement articulaire.

Panas, s'élevant contre cette affirmation, n'admet pas dans son article de 1865, la tumeur blanche spécifique.

Pourtant, en 1863, Lancereaux publia la relation d'une autopsie pratiquée dans un cas d'arthropathie syphilitique, montrant qu'au-dessous de la synoviale pouvaient se produire des lésions gommeuses coexis-

tant avec des lésions de syphilis tertiaire. Il fit du reste, à cette même époque, une excellente étude des lésions articulaires à la période secondaire.

En 1875, les thèses de Dauzat, Voisin, Vaffier reprennent les conclusions de Richet et admettent la tumeur blanche syphilitique.

Trois ans après, Bouilly, revenant sur la question, nie l'existence de ces arthrites proprement dites. Il n'admet que des irritations de voisinage dues à des tissus gommeux parasynoviaux ou à des lésions du *périoste* et des extrémités articulaires.

Fournier, en 1881, inspirant la thèse de Dureuil, créa le mot « pseudotumeur blanche syphilitique » pour bien montrer les rapports cliniques de la tumeur blanche spécifique et tuberculeuse. Elles diffèrent en ce que la tumeur blanche tuberculeuse est toujours primitive ; la tumeur blanche spécifique, toujours secondaire.

Fort de ces observations, Méricamp, dans sa thèse de 1882, commentant les faits de Richet, Cornil, Dauzat et Voisin, montre que l'arthrite syphilitique venue d'emblée n'existe pas, et admet une arthrite pouvant « se développer par voisinage ou ouverture d'une gomme juxta-articulaire ou épiphysaire » ; inflammation tout à fait comparable à celle qui résulte de l'ouverture dans l'article d'un abcès tuberculeux.

La même année, Mac Schuller, Volkmann, Gangolphe s'appliquent à montrer que l'inflammation peut revêtir un caractère aigu, subaigu ou chronique. Dans ce dernier cas, la synoviale est le siège de déforma-

tions papillaires et les cartilages peuvent présenter des ulcérations ou des cicatrices. De cette forme nettement primitive, ils rapprochent des cas d'arthrites secondaires à une périostite, une ostéite ou un « astéomyélite spécifique ». Ils signalent également, dans la syphilis héréditaire, des lésions de la capsule, des cartilages et des extrémités osseuses.

Défontaine, en 1883, reprend de nouveau, dans sa thèse, les idées de Méricamp et présente de nouvelles observations d'arthrites avec altération de la synoviale et des cartilages.

Gangolphe, dans les *Annales de dermatologie et syphiligraphie* de 1885, donne des résultats d'autopsie avec lésions cartilagineuses et synoviales sans participation des extrémités osseuses. N'était-ce pas donner là une preuve palpable de l'existence des arthrites spécifiques et ne semblait-il pas qu'elles pouvaient n'être pas secondairement développées ?

De Lapersonne, dans sa thèse d'agrégation de 1886, range les arthrites spécifiques parmi les arthrites infectieuses et admet des formes subaiguës avec épanchement, fluxion, douleur et même température, éphémère et vespérale, il est vrai.

Lannelongue, s'attachant à la syphilis héréditaire, montre que cette forme aussi de syphilis peut emprunter l'aspect d'une tumeur blanche.

Danjou, dans sa thèse sur l'héredosyphilis, considère les arthrites comme secondaires à des lésions de voisinage.

Trois ans après, Morel-Lavallée, comparant au point

de vue clinique les arthrites dans la vérole et la tuberculose, admet que la syphilis peut simuler la tuberculose « dans la forme et son apparence par l'augmentation de volume des jointures sans infiltration des téguments ». La ressemblance peut même être complète dans les cas de spécificité non soignée avec fissures et élimination de séquestres.

Gangolfe et Kirmisson, puis Gouget, dans les *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* de 1889, publient de nouvelles observations, bientôt suivies en 1901 des articles de Stanlay dans le *Birmingham Medical Review*, de Gaucher et Goyon dans les *Annales de Dermatologie*, où ces deux derniers auteurs apportent des cas considérés pendant deux ans comme de nature bacillaire et guéris par des injections de benzoate de mercure.

Leredde et Paultier, en 1903, publient de nouvelles erreurs de diagnostic ; l'année suivante, Rocher et Saucet, Dunlop en 1905, Nicolas, Scherb et Sicard la même année, Bertin en 1906, Gaucher, Thibierge, Ravaud, Lesourd, Marfan rapportent successivement des cas de plus en plus nombreux et de plus en plus voisins de l'aspect bacillaire.

Nous voyons même des cas chaque jour plus nombreux où la clinique en défaut avait diagnostiqué tuberculeuses des lésions, que le traitement spécifique ultérieurement institué à la suite de doutes soulevés par l'évolution, guérit rapidement.

Tel est, à la suite des recherches auxquelles nous nous sommes livrés, l'état actuel de la question. L'ar-

thrite spécifique existe réellement et peut, dans certains cas, simuler la tuberculose articulaire ; des cliniciens nombreux s'y sont trompés.

INTRODUCTION

Etant dans le service de notre maître le docteur Picqué, nous eûmes l'occasion d'observer un cas d'arthrite spécifique du genou. La malade présentait une tuméfaction considérable de l'articulation se traduisant cliniquement à *l'inspection* par une augmentation de volume de tout l'article, saillies et dépressions normales avaient disparues; on constatait un bourrelet nettement marqué délimitant le cul de sac supérieur de la synoviale. La rotule, soulevée au-dessus des condyles, formait un relief visible; distendue également sur les côtés, la synoviale donnait à l'article un aspect globuleux. La *palpation* permettait de trouver du liquide dans l'article et une sérieuse épaisseur. Cet épaissement était tout à fait particulier. Il était en effet extrêmement irrégulier, distribué par plaques que séparaient des intervalles entièrement sains. On avait aussi l'impression de « plaques de blindage », pour employer l'expression consacrée par Fournier à propos des modifications de l'albuginée dans les cas de testicule syphilitique. Le liquide était très abondant et le choc rotulien impossible.

En examinant les extrémités osseuses, on ne trouvait aucune douleur sur le tibia, le fémur ou la rotule. Au

point de *vue fonctionnel*, les mouvements spontanés n'étaient que très peu limités mais possibles seulement avec lenteur ; les mouvements provoqués pouvaient se faire dans toute leur étendue ; enfin, on pouvait trouver quelques mouvements anormaux d'abduction et d'adduction prouvant un certain degré de dislocation articulaire. Tous ces mouvements ne furent jamais la cause d'aucune douleur.

Nous étions donc en présence d'un genou présentant de l'hydarthrose et nous pouvions, par les commémoratifs, éliminer le traumatisme ; l'interrogatoire enlevait toute idée de rhumatisme infectieux et particulièrement de blennorrhagie. Restaient la tuberculose et la syphilis. La malade avait été immobilisée plusieurs mois dans un appareil plâtré pour bacillose articulaire, et on voyait à la face antérieure du genou, des traces de pointes de feu très régulièrement et très soigneusement faites.

L'épaississement si particulier de la synoviale, l'abondance extrême de cet épanchement indolore qui n'empêchait pas la mécanique articulaire, l'absence de douleur sur les extrémités osseuses ; l'évolution de l'affection entraînèrent vers le diagnostic de syphilis où nous poussaient déjà l'absence de ganglions, d'atrophie musculaire et l'état général de la malade.

Dirigeant nos recherches de ce côté, nous affirmons vite que la malade avait la syphilis et, la mettant au traitement, nous vîmes une amélioration si rapide survenir, que la malade cessa brusquement de venir se faire faire des piqûres.

Cette observation suivie à bref délais d'une deuxième, les difficultés du diagnostic et la guérison sous le traitement mercuriel nous intéressèrent vivement, et nous conçûmes le projet de faire une thèse sur ce sujet.

Préciser les caractères des arthrites spécifiques qui présentent l'aspect d'arthrites tuberculeuses, essayer de les différencier nettement, tel sera le but de cette thèse. Nous ne voulons point ici faire un traité de la syphilis articulaire ; nous nous attacherons seulement aux formes que l'on voit même dans les services de chirurgie et dont parfois le diagnostic importe à la conservation d'un membre. Laissant donc de côté ces autres cas, nous n'étudions que la forme hydarthrose, qu'elle soit secondaire ou tertiaire, et la forme pseudo-tumeur blanche. C'est cette dernière surtout dont il importe de préciser les signes, et nous serons heureux si nous avons pu aider à consacrer à l'arthrite syphilitique une autonomie et un rang importants dans la nasographie.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

L'étiologie est difficile à préciser. On peut observer à toutes les époques de la syphilis des manifestations articulaires. Il y a cependant une forme qui apparaît seule à la deuxième période. C'est la forme hydarthrose, une des plus précoces manifestations articulaires de la spécificité.

Elle apparaît au temps variable après le chancre et en raison de son évolution même, il est difficile de préciser le temps qui la sépare de l'accident initial. J. Voisin, cependant, dit qu'elle se rencontre trois ans après le chancre ; Guérin-Rose rapporte un cas constaté seulement dix jours après le début de la syphilis ; Fournier en note en pleine éruption secondaire ; de Grandmaison et Boivin, quatre semaines après le chancre ; Gouget, huit mois, et Richet dix-huit mois après.

L'hydarthrose apparaît également à la troisième période, et nous trouvons des manifestations articulaires autrement graves sur lesquelles le temps écoulé depuis l'inoculation semble avoir aussi peu d'importance que pour l'hydarthrose. Nous relevons des arthropathies tertiaires deux ans (Dauzat), trois ans (Bertin), sept

ans (Kirmisson), dix ans (Richet), vingt-huit ans (Dureuil), trente-sept ans (Kirmisson), après le chancre initial.

Si les manifestations articulaires débutent donc à tout âge de la vérole, elles apparaissent aussi à tout âge du malade et sans parler des cas de syphilis héréditaire constatés à trois ans, nous en relevons jusqu'à soixante-cinq ans suivant Kirmisson.

Les sexes sembleraient être inégalement favorisés par la maladie et les femmes paient un plus large tribut dans toutes les statistiques, trois sur cinq suivant Goujet.

Le climat paraît aussi influencer les localisations, et selon Vaffier, la Chine, la Corée, le Japon seraient riches de manifestations articulaires.

Mais il est un facteur important, c'est le terrain. On peut dire de la syphilis comme de la blennorrhagie qu'elle réveille les sympathies articulaires.

Il y a aussi pour certains auteurs un grand rôle à faire jouer au *traumatisme*, tandis que d'autres ne l'admettent nullement. Il nous paraît cependant que cette cause si souvent invoquée par les malades dans la bacillose osseuse comme étiologie de leurs lésions l'est beaucoup moins dans la syphilis articulaire.

Le siège semble jouer un certain rôle dans les arthropathies et certaines articulations sont des endroits de localisations fréquentes : le genou, la hanche, le coude sont ainsi atteints par ordre décroissant.

Telles sont les notions générales qui régissent l'étiologie de la syphilis articulaire. Peut-on les pousser

plus loin et y a-t-il des résultats, des expériences qui nous permettent d'avoir une notion plus nette et plus précise ?

Bertarelli (inst. hyg. de Turin. — Annales de l'Institut Pasteur 1906) a trouvé du spirochète chez des fœtus d'âges différents dans des ostéochondrètes spécifiques et l'imprégnation des tissus au nitrate d'argent a permis d'en apercevoir dans toute l'épaisseur de l'os du périoste et de la moëlle osseuse.

Levatidi (Annales inst. Pasteur 1906) aurait, dans des cas identiques, trouvé du spirochète dans les exsudats.

Pasani (1907) confirme les résultats de Levatidi pour la syphilis héréditaire.

Ce sont là les seules indications que nous ayons trouvées ; elles sont peu nombreuses, trop récentes, parfois contraversées, et nous ne pouvons nous en servir pour arriver à une conclusion sur le rôle du *tréponéma pallidum* dans les lésions arthropathiques.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les premières recherches sur les lésions anatomo-pathologiques de la syphilis articulaire reviennent à Lancereaux. Il eut en effet l'occasion de faire l'autopsie d'une malade présentant au moment de sa mort des lésions d'arthrites spécifiques. (Lancereaux, traité de la syphilis, deuxième édition, 1873). Il trouva un *épanchement* assez abondant — plus d'un verre, dit-il — et présentant l'aspect d'une sérosité louche. La *synoviale* était injectée avec dépôt de fausses membranes et de point en point des infiltrations gommeuses ; du côté des *surfaces articulaires*, le condyle externe gauche était érodé en un point ; les *tissus périarticulaires* présentaient des dépôts gommeux dans le tissu sous-synovial et dans le tissu avoisinant la jointure

Méricamp rapporte d'autres manifestations nécropsiques empruntées à la thèse de Dureuil (1881) chez une malade présentant des manifestations articulaires au coude et au genou. Le dernier article présentait des lésions des *extrémités articulaires* siégeant dans le cartilage fémoral, lequel présentait des lésions cicatrisées. Dans l'extrémité du fémur on voyait des modi-

fications profondes du tissu osseux ; ostéite condensante périphérique avec raréfaction centrale. Il n'est pas parlé de la synoviale. Au coude, ostéite diaphyso-épiphysaire, périoste enlevé ; quelques cavités caséuses du condyle huméral avec tissus vacuolaire très fragile et destruction partielle de la trochlée humérale. Le radius, le cubitus, la synoviale ne présentent pas de lésions mentionnées.

Danjou, en 1881, rapporte en sa thèse les lésions décrites par Parrot : liquide notable ou peu marqué, louche ou rosé, coagulant par l'acide acétique, ou bien épais et purulent ; cartilages altérés, jaunâtres, avec lésions en évolutions ou guéries ; *synoviale* rouge, infectées ; *lésions de voisinage* variables, foyers purulents périarticulaires pouvant communiquer avec la cavité articulaire qui contient alors un pus fluide.

En somme, nous voyons que la syphilis peut porter anatomiquement sur tous les tissus qui entrent dans la constitution de l'articulation. Parfois le processus inflammatoire se traduit seulement par la présence d'une quantité de liquide sans grande réaction : ce sont ces formes qui répondent à la syphilis secondaire forme hydarthrose (Parrot) secondaire. Les épanchements sont susceptibles d'alternatives de diminution et d'augmentation de récidence après guérison et il peut alors en résulter un épaississement de la synoviale (Plateau). Cette affection qui, pour certains auteurs, serait spéciale à la deuxième période, se rencontre cependant à la troisième période ; elle n'est pas, comme pensaient quelques-uns, une simple réaction

articulaire sous l'influence des lésions épiphysaires, mais existe réellement dans la période tertiaire. La distinction entre l'hydarthrose secondaire et l'hydarthrose tertiaire est anatomiquement une donnée toute schématique, mais répond à une entité clinique (Gouget, annales de dermatologie, 1889), et nous aurons un peu plus loin à préciser les caractères de l'hydarthrose secondaire.

Si la détermination de la syphilis secondaire se traduit par une simple réaction inflammatoire, il n'en est plus ainsi dans la syphilis tertiaire qui s'attaque à tous les tissus articulaires et périarticulaires, et on peut assister à tous les stades de l'arthrite simple jusqu'à l'arthrite suppurée (Ollier, Gaucher) avec destruction des cartilages d'encroûtement des extrémités articulaires.

Le processus serait toujours le même : altérations synoviales, épanchements sereux, séropurulent ou purulent, destruction des cartilages et dans les cas décrits par Méricamp sous le nom de dépôts gommeux pérисynoviaux, il y aurait toujours eu des lésions osseuses passées inaperçues. En somme toujours ostéoarthrite ; les phénomènes varient avec l'âge des lésions.

Pour la commodité de la description, nous décrirons séparément les lésions de la synoviale, des extrémités osseuses, et des cartilages ; les caractères de l'épanchement ; nous nous occuperons plus tard des formes à prédominance synoviale ou osseuse, tout comme on a distingué des infiltrations synoviales (Koenig) ou osseuses (Lannelongue) de la tuberculose.

1° *Lésions de la synoviale.* — Elles comprennent : un *épaississement* signalé par tous les auteurs (Lancereaux, Méricamp, Parrot, Toussaint, Morel-Lavallée, etc.) ; il est quelquefois uniforme (Plateau), mais donne parfois l'impression de plaques, de noyaux durs, parfois aussi de corps mous à prédominance au cul de sac supérieur de la synoviale, vers l'angle de réflexion. Les noyaux peuvent se pédiculiser en repoussant devant eux la séreuse pour donner des corps étrangers articulaires (Toussaint, thèse Paris 1897). Les diverses impressions sont dues à l'existence dans le tissu périarticulaire de gommes à différentes périodes de leur évolution, en même temps qu'à un processus de sclérose évoluant dans les mêmes tissus.

Les *gommes* sont des tumeurs arrondies, de volume variable, depuis la dimension d'un grain de millet jusqu'à celle d'une lentille. Dure dans sa période de développement, la gomme donne au palper une consistance élastique ; pouvant se ramollir en son centre, elle donne alors un noyau blanchâtre, puis jaunâtre ; il se forme alors une accumulation de liquide sirupeux ressemblant à une solution gommeuse avec grumeaux de substance caséuse.

Les tissus périgommeux sont détruits lentement et la gomme se substitue peu à peu à ces tissus mortifiés ; enfin il peut se faire une ulcération vers la périphérie ou dans l'articulation ; la gomme déversant son contenu dans l'article ou à l'extérieur. De là naît une arthrite purulente, soit secondaire à une infection surajoutée (Ollier), soit primitive (Gaucher), mais il est

pourtant à noter que la syphilis articulaire a peu de tendance à la fistulisation. Par son évolution générale, où que siègent ces légions, elle est moins nécrobiotiques que la tuberculose.

2° *Epanchement*. — De quantité extrêmement variable, parfois à peine appréciable, il peut atteindre des proportions énormes. Lancereaux, le premier, mentionne plus d'un verre. Les alternatives de diminution et d'augmentation sont d'une extrême valeur diagnostique. L'aspect de ce liquide est aussi variable que la quantité ; séreux, rosé, coagulant par l'acide acétique (Parrot), louche et purulent (Gaucher), il donne généralement dans ce cas un pus fluide. Souvent au milieu du liquide nagent des débris articulaires : fragments de cartilages érodés, fausses membranes, flottant librement dans le liquide (Lancereaux), tandis que d'autres tapissent la face interne de la synoviale.

3° *Lésions osseuses*. — Considérées par les uns comme primitives, pour d'autres auteurs elles sont secondaires à l'arthrite elle-même ; mais dans tous les cas, quel qu'ait été le siège de début, les lésions subissent une évolution, toujours la même.

Au début, *infiltration* gélatineuse de la région juxta-épiphysaire ; à la période d'état, *ulcérations* avec perforation des cartilages d'encroûtement, d'où perte de substance tapissée par une néomembrane rougeâtre ; *épaississement* de la synoviale enflammée ; à la troisième période, ou période déformante, *éburnation* du tissu spongieux épiphysaire qui devient irrégulier, avec persistance d'îlots cartilagineux inégalement proémi-

nents. Il se fait alors à l'intérieur de l'os de véritables petites cavités tapissées d'une membrane plus ou moins épaisse, rouge, d'apparence gélatineuse, et contenant des grumeaux et des liquides séro-purulents (Gangolphe, 1885). Les cartilages peuvent être détruits avant que l'os ne soit atteint, comme l'ont montré Gies, Mac Schuller, Virchow (1884), lésions qui semblent bien démontrer l'authenticité de l'arthrite primitive.

Toutefois, la syphilis articulaire, malgré les grands désordres qu'elle peut occasionner, a peu de tendance à la modification, et il est rare qu'elle aboutisse à la fistulisation avec élimination de séquestres.

D'après ces signes, nous voyons qu'il existe peu de différence entre la « pseudotumeur blanche spécifique » et la tumeur blanche bacillaire, et nous terminerons ce chapitre en précisant les caractères anatomiques qui permettent de les distinguer.

Dans ces deux cas, la lésion peut débiter dans la synoviale ou les extrémités osseuses, pour envahir secondairement la jointure ; mais dans la syphilis, on trouve un noyau gommeux d'aspect gélatineux avec un point jaune au centre, sans séquestre appréciable. Dans la tuberculose, les lésions épiphysaires sont toujours accompagnées de nécrose plus ou moins étendue avec volumineux séquestres, suppuration et caséification notables (Gangolphe, congrès de chirurgie 1881). Les cartilages décollés dans la tuberculose sont adhérents dans la syphilis ; la synoviale épaissie et fongueuse dans la tuberculose, est surtout vascularisée, d'aspect vilieux dans la syphilis ; enfin les

ligaments détruits dans le premier cas par les fongosités envahissantes, sont respectés dans le deuxième. Cette différence d'évolution tient à la tendance opposée de la marche des deux maladies : suppuration dans l'une, sclérose dans l'autre.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes variant avec les formes, nous serons forcés de diviser notre symptomatologie suivant celles-ci : nous étudierons tout d'abord la forme hydarthrose, ou forme hypercrinique de Plateau.

I. *Forme hydarthrose*. — Nous ne nous attardons pas à déterminer si l'hydarthrose est primitivement ou secondairement développée ; ce sont là des problèmes qui ont donné lieu à de longues discussions ; nous les avons en partie retracées dans notre histoire, et nous commencerons notre description en donnant ici comme type la première observation de notre thèse, empruntée à M. Gouget.

Observation I empruntée à M. GOUGET. Annales dermat. et syph. 1889. (Résumé).

B... Annette, couturière, entre le 3 mars 1888. Antécédents bacillaires dans la famille, pas d'antécédents rhumatismaux héréditaires au personnel. Syphilis datant de juin 1887. La malade est traitée de manière suivie dans le service. Le 2 mars, elle accuse incidemment de la gêne dans les genoux pendant la marche depuis une huitaine

de jours. M. Fournier constate un épanchement bilatéral et la malade entre à l'hôpital.

A la vue : les genoux n'offrent pas une déformation bien accusée, à peine le genou gauche semble-t-il augmenté de volume. Aucune modification de téguments.

Le genou gauche est le siège d'un épanchement très appréciable, le choc rotulien est très net ; il est perçu également au genou droit où le liquide est moindre.

Aucun signe de synovite tendineuse périarticulaire ; pas de phénomènes subjectifs importants, seulement un peu de gêne, de lourdeur ; l'indolence dans les mouvements spontanés ou provoqués est absolue.

La malade est soumise au traitement mixte (une pilule de protoïdure, 2 gr. de K. I.) et à la compression ouatée sur les deux articles lésés. *Le 11 mars* l'épanchement a légèrement diminué à gauche ; il est égal des deux côtés. *Le 13 mars*, sans cause appréciable, l'épanchement du genou a repris son volume primitif. *Le 20 mars* tout est rentré dans l'ordre, l'épanchement doit être cherché très attentivement pour être perçu ; toute douleur articulaire a disparu. *Le 4 avril*, recrudescence de l'épanchement, surtout à gauche, sans trouble fonctionnel. Même état le 7, puis le 14. A partir de ce jour, on ne voit plus la malade.

De cet exemple, nous pouvons tirer tous les symptômes de cette forme, bien étudiée par Bouilly ; l'auteur en a bien marqué tous les caractères.

Apparition. — Se fait généralement lentement, insidieusement, et les malades sont déjà atteints depuis quelque temps quand on les observe.

Ces hydarthroses débutent à des époques variables du chancre primitif. J. Voisin dit qu'elles se rencontrent la troisième année après le chancre ; mais elles

peuvent apparaître beaucoup plus tôt. Guérin-Rose en vit un cas dix jours après le chancre ; Fournier, en pleine éruption secondaire ; Gouget, huit mois ; Richet, quinze mois ; généralement la grosse moyenne paraît être de quatre à neuf mois.

Fréquence. — 23 hydarthroses pour 34 synovites sub-aiguës ; elle est plus fréquente qu'on ne le croit et, selon Morestin, passe souvent inaperçue ; enfin elle semble plus fréquente chez la femme (Fournier), et Gouget rapporte 3 cas sur 4 chez des femmes.

Localisation. — Elle se localise avec une inégale fréquence sur les divers articles. Son siège de prédilection est le genou (Plateau), puis le coude et l'articulation tibiotarsienne. La bilatéralité est aussi un symptôme, soit que les deux articulations homonymes soient prises simultanément, soit que l'une des deux se tuméfie quand la première poussée de l'autre est en voie de regression.

Symptômes. — a) Début lent, insidieux ; se fait en passant inaperçu du malade ;

b) *Les phénomènes subjectifs* sont presque nuls. Un peu de gêne, de lourdeur, de fatigue, quelquefois une sensation de brisure ou de la douleur pendant la marche accusent le progrès de l'épanchement. Les articulations paraissent à peine malades, l'impotence fonctionnelle est nulle. La marche reste souvent possible, généralement dans un grand nombre de cas les ma-

lades peuvent continuer leurs occupations sans grande fatigue. Dans les cas où ils doivent cesser leur travail habituel, cela est plutôt dû aux arthralgies secondaires et aux poussées de cette période qu'au liquide apparu dans les jointures.

c) *Les phénomènes objectifs* demandent parfois à être eux-mêmes cherchés soigneusement. La déformation est souvent peu nette ; quelquefois l'articulation devient globuleuse du fait de l'épanchement. *L'inspection* révèle un effacement des creux situés de chaque côté de la rotule, et une distension du cul-de-sac sans aucune modification d'aspect du côté de la peau : pas de rougeur, pas de circulation.

La *palpation* révèle la distension de la synoviale, le choc rotulien est souvent facilement perçu ; la quantité du liquide n'est jamais considérable.

On ne révèle aucune douleur par l'examen du squelette.

Evolution. — L'évolution n'est pas de peu d'importance dans la recherche du diagnostic. Une telle affection qui semblerait devoir être bénigne, mérite de retenir l'attention. L'épanchement sous l'influence du traitement diminue lentement pour les uns, rapidement pour les autres ; la résolution est souvent incomplète, les récives fréquentes. Il arrive souvent qu'après une période où l'on croit les malades guéris, on voit survenir une nouvelle poussée, sans cause. Le plus souvent ce n'est même pas une récive, l'é-

panchement ayant seulement diminué ; c'est ce qui nous fait dire avec Gouget que c'est une « affection tenace de la syphilis secondaire ».

Son évolution semble dépendre de la précocité du diagnostic et du traitement ; nombre de récidives ne sont dues qu'à un traitement insuffisant ou insuffisamment prolongé.

La présence habituelle ou la durée de cet épanchement, car il peut durer jusqu'à sept mois, selon Le Dentu, et Fournier rapporte un cas de deux années, finit par entraîner des modifications notables de la synoviale et des surfaces articulaires.

Lorsqu'à la longue le liquide a enfin disparu, il arrive de trouver des froissements, des craquements, des frottements et une légère gêne dans la marche. Enfin cette hydarthrose tenace peut préparer le terrain pour l'éclosion de la tumeur blanche syphilitique.

Tels sont les symptômes et l'évolution de la forme hydarthrose. Nous renvoyons pour les observations à la fin de notre thèse, et nous allons dès maintenant aborder les manifestations tertiaires de la syphilis articulaire.

II *Arthropathies syphilitiques tertiaires.* — Si nous avons décrit l'hydarthrose comme lésion secondaire, il n'en est pas moins vrai qu'on la rencontre aussi à la période tertiaire. Mais le liquide que l'on trouve alors dans les articulations est dans tous les cas un liquide de réaction. Secondaire à l'infiltration gommeuse de la synoviale ou des extrémités osseuses, l'hy-

darthrose passe alors au deuxième plan. Ce qui caractérise les lésions que nous allons maintenant étudier, c'est en effet la présence des gommes, qu'elles siègent dans l'extrémité osseuse ou la synoviale. Nous espérons, dans notre historique et dans notre anatomie pathologique, avoir montré l'existence réelle de l'*arthrite* spécifique, et nous nous bornerons ici à faire seulement un chapitre de symptomatologie des manifestations tertiaires de la syphilis.

Des différences de symptômes, d'évolution, nous contraignent cependant à faire quelques divisions ; elles seront nécessaires à la clarté de notre exposé.

a) *Pseudotumeur blanche de Fournier ou tumeur blanche syphilitique de Richet.* — Ne discutant pas sur la dénomination de Richet et de Fournier, nous prenons avec Kirmisson le mot tumeur blanche dans le sens le plus large : celui d'arthrite à évolution chronique. Un bel exemple en est fourni par l'observation que nous donnons dans notre introduction ; nous nous bornerons à y renvoyer.

Fréquences. — Moins rares qu'on ne le pense, ces formes de la syphilis tertiaire verraient augmenter leur proportion dans les statistiques, si, mieux connues, elles n'étaient souvent attribuées à d'autres causes. Fournier en rapporte trente cas sur 5.000 sujets (statistique de ville) en pensant être très au-dessous d'une moyenne exacte.

Apparition. — Elles apparaissent à des époques ex-

très-variables du chancre initial avec une prédominance de la huitième à la dixième année. Sur une statistique de vingt-huit cas, Fournier en rapporte en effet dix-huit cas avant dix ans écoulés depuis l'accident initial et seulement neuf de dix à vingt-quatre ans après.

Siège. — Si toutes les articulations peuvent être atteintes, il n'en est pas moins vrai que pour les unes cela constitue une rareté, pour d'autres un cas ordinaire, pour les dernières une localisation fréquente. Il y a, en effet, pour la tumeur blanche spécifique comme pour l'hydarthrose de même origine, des jointures qu'elle frappe plus volontiers. Le genou paie un large tribut et est atteint dans les $\frac{3}{5}$ des cas, puis le coude suivi de près par l'épaule ; le poignet, la hanche et l'articulation tibiotarsienne ont le même nombre de cas à leur actif dans diverses statistiques et il n'est pas jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire ($\frac{2}{51}$) et celle de la clavicule avec le sternum qui ne soient atteintes. Les articulations vertébrocervicales ne sont pas indemnes ($\frac{1}{51}$ (Fournier). L'atteinte peut porter sur deux articulations ; cas où elles sont le plus souvent homonymes. Il y a souvent arthropathies des deux genoux et quand un seul est pris, le gauche est le plus fréquemment envahi.

La femme enfin serait plus atteinte que l'homme.

Symptômes. — a) Début comme pour l'hydarthrose. il se fait lentement et peut-être est-ce la raison qui fait

si rarement chercher aux malades une origine à leur affection dans un traumatisme ancien. Le début insidieux suit une marche progressive, évolue sans élévation thermique et sans réaction générale et le malade ne vient souvent consulter qu'avec des lésions déjà anciennes et bien constituées. Les phénomènes sont calqués sur ceux de l'hydarthrose.

Phénomènes subjectifs. — *b)* La gêne du début, qui permettait au malade de marcher et lui permettait de se servir de son membre assez facilement, augmente peu à peu. Il y a de la *douleur*, douleur à la vérité plutôt spontanée et nocturne ; en un mot, astécope et la marche seulement gênée n'est pas entravée. Les *mouvements* se limitent pourtant un peu ; la fluxion ou l'extension forcées ne sont plus possibles et en cas d'épanchement abondant le malade prend l'attitude de fluxion légère et de rotation en dehors. Cette attitude vicieuse est plutôt exceptionnelle et due à l'épanchement et non à la douleur.

En somme, nous voyons là toute une série de signes peu accusés ; les signes objectifs sont plus frappants.

Phénomènes objectifs. — *c)* A L'INSPECTION, on voit une articulation (et nous prendrons comme type de notre description l'articulation du genou) très considérablement augmentée de volume. *Le genou est globuleux* et la jambe et la cuisse semblent par contraste très considérablement amaigries. En considérant cette tuméfaction, on voit qu'elle est régulière, limitée à

l'extrémité supérieure du tibia ou à l'extrémité inférieure du fémur, atteignant parfois les deux épiphyses.

Les *culs de sac* distendus deviennent saillants ; le cul de sac sous-tricipital fait une saillie caractéristique. Les creux ordinaires périrotuliens ont complètement disparu. La *peau* est lisse, mince, distendue, ne présentant ni rougeur ni circulation collatérale veineuse développée. Si nous ajoutons à cela l'*attitude* légèrement vicieuse que nous avons déjà indiquée, nous aurons ainsi l'aspect du genou atteint de syphilis tertiaire et nous voyons qu'il est fort voisin de celui d'une tumeur blanche bacillaire du genou.

La PALPATION nous permet d'affirmer certains caractères qui nous entraîneront peu à peu vers le diagnostic.

La *synoviale* est distendue par un liquide de quantité variable parfois assez considérable pour empêcher de constater le choc rotulien.

La *synoviale* elle-même est épaissie, et, quoique ce ne soit pas dans cette forme que ce symptôme est le plus accusé, il est cependant manifeste. Cette *synoviale* s'épaissit en sa totalité ; c'est cependant irrégulièrement qu'on constate certains points plus épais et plus durs. *On ne sent pas de fongosités.*

Les *extrémités osseuses* portent les lésions caractéristiques de cette forme ; elles sont augmentées de volume. Soit le fémur, soit le tibia, soit les deux sont atteints ; la rotule elle-même est augmentée de volume. Cette augmentation est régulière, la partie osseuse est épaissie en masse et l'on n'observe pas d'irrégularités.

L'hyperostose peut se propager à une distance variable le long de la diaphyse ; dans la généralité des cas elle est limitée à l'épiphyse. En certains points on trouve les extrémités osseuses douloureuses, c'est là que siègent les points de l'ostéite primitive, point de départ de l'hyperostose. On retrouve généralement de la douleur en des points assez précis. Aux condyles fémoraux, au fémur, aux tubérosités tibiales et plus rarement à la tête du péroné, elle est accusée par les malades. Cette douleur, il est vrai, n'est pas de violence extrême.

Les *ligaments* sont en général indemnes comme en témoigne l'absence de tout mouvement anormal.

Les *MOUVEMENTS* sont généralement peu changés en leur amplitude. Les mouvements, spontanés tout d'abord, sont limités légèrement mais possibles, au moins avec lenteur, et dans presque toute leur étendue ; limités par la quantité de liquide, ils ne sont généralement pas douloureux. Les mouvements provoqués peuvent être faits complètement ; la limitation est une rareté et ils ne font pas souffrir les malades. Il n'y a généralement pas de mouvements anormaux, les mouvements d'abduction et d'adduction sont rares.

A) *L'état général* varie avec la durée de l'affection ; si la syphilis n'a pas été mise en traitement, les douleurs ostéocopes, les insomnies qui s'en suivent, les fistules quelquefois agissent de façon néfaste sur le malade et celui-ci peut présenter l'aspect amaigri et cachectique du tuberculeux,

Evolution. — C'est là une manifestation de la spécificité qui n'a aucune tendance, d'après Defontaine, à la guérison spontanée. Bien traitée, elle est encore longue à guérir et la thérapeutique doit être énergique.

Une déformation permanente de l'articulation est fréquente. Elle est due à l'ostéite condensante que nous signalions dans notre anatomie pathologique. Une certaine augmentation de volume des épiphyses persiste ; l'épanchement au contraire diminue rapidement et la synoviale revient *ad integrum*. C'est là une des plus fréquentes terminaisons, mais il en est de plus rares et de plus sérieuses.

L'*ankylose* est niée par la généralité des auteurs et, si on en rapporte des observations, elles datent plutôt du temps où la blennorrhagie mal connue était confondue avec la syphilis, et peut-être lui sont-elles attribuables.

L'*ouverture d'une gomme épiphysaire* dans l'articulation (Méricamp, Gaucher et Goyon) est une véritable complication et elle est sérieuse puisqu'elle produit une véritable arthrite qui devient du ressort du chirurgien ; sinon elle peut évacuer son pus par des fistules qui vont compléter la ressemblance avec la tuberculose osseuse. (Colson, Mac-Schuller, Parrot, Fournier, Taylor), ainsi que le fait remarquer Maucclair dans son mémoire sur les arthrites suppurées dans la syphilis.

Enfin, nous devons mentionner une complication rare que nous nous bornons à signaler en passant ; la fracture spontanée par ostéite raréfiante.

Telle est la symptomatologie et la marche de cette

forme ; nous allons maintenant étudier après cette arthrite à prédominance osseuse, les cas à prédominance synoviale. La division est un peu schématique, les lésions si particulières que nous allons trouver dans la synoviale peuvent se rencontrer également dans la forme osseuse. Pourtant, comme on peut les voir évoluer sans que les épiphyses soient atteintes, il nous a paru utile de les décrire séparément. Cliniquement, ces deux formes sont séparées par l'absence de points osseux douloureux dans celle que nous allons décrire maintenant. Ceci est important à noter puisque beaucoup d'auteurs s'appuient pour différencier les arthropathies spécifiques des arthrites bacillaires sur l'absence de point douloureux dans les premières. Nous venons de voir qu'il en existe réellement en certains cas et c'est pour n'avoir pas suffisamment différencié ces deux formes que l'on a accordé trop de valeur à un signe qui peut tromper. Espérant avoir justifié notre division par le désir où nous sommes d'être clairs et par un fait clinique, nous allons entreprendre l'étude de notre deuxième forme.

B) FORMES A PRÉDOMINANCE SYNOVIALE ; INFILTRATION GOMMEUSE PÉRISYNOVIALE DE LANCEREAUX. — Cette forme est caractérisée par la présence de dépôts gommeux dans le tissu sous-synovial, ainsi que nous l'avons dit à notre anatomie pathologique. Les gommes se produisent lentement, amenant dans la synoviale un épanchement qui paraît dû à l'irritation sécrétoire. La synoviale n'est, en effet, que secondairement atteinte et s'emplit de liquide peu abondant et clair,

Fréquence. — Cette forme au moins isolée est moins fréquente que la précédente.

Date d'apparition. — Elle se montre à une période relativement précoce de 5 à 8 ans après l'accident initial.

Localisations. — Le genou est le siège de prédilection comme pour les autres formes ; puis viennent le coude, poignet et l'articulation tibiotarsienne. Le plus souvent une seule articulation est prise.

Symptômes. — Comme pour les autres formes, nous prendrons pour type l'articulation la plus souvent atteinte ; le genou.

a) Symptômes subjectifs. — Ils sont en général peu marqués et les malades ne viennent souvent qu tardivement vous consulter.

Le *début*, en effet, est lent et insidieux, progressif. La *douleur* est nulle ; le malade supporte son affection facilement et s'il souffre c'est de douleurs ostéocopes.

La *gêne fonctionnelle* est nulle ; le malade n'est pas gêné dans ses occupations ; un peu de lourdeur et de raideur dues à l'épanchement ne l'empêchent généralement pas d'aller et venir. Les mouvements ont gardé leur étendue sans douleur. Il n'y a pas d'attitude fixe du membre.

b) Symptômes objectifs. — Ils vont nous servir à caractériser cette forme ; ils sont nets et très facilement

appréciables quand, prévenu, on les recherche systématiquement,

A L'INSPECTION. — *Le genou est globuleux* et les culs-de-sac sont distendus; la tuméfaction, dès le premier abord, paraît participer presque exclusivement des lésions qui modifient et distendent la synoviale. Les ménisques sont effacés, le cul-de-sac sous tricital fait un relief appréciable à la vue. La *peau* ne présente pas de rougeur, ni de circulation veineuse développée; elle ne semble pas amincie et distendue comme dans la forme osseuse, mais plus épaisse au contraire, et un peu infiltrée.

L'*attitude* du membre est normale; il n'y a pas de fonction vicieuse.

La PALPATION permet de constater les lésions que la vue faisait déjà pressentir.

La *synoviale* est distendue par un *liquide* de variable quantité; le choc rotulien est le plus souvent perçu; ce qui fait paraître la synoviale plus distendue qu'elle ne l'est en réalité, ce sont les modifications qu'elle a subies. Elle est *doublée, triplée d'épaisseur*; elle est également changée en la sensation qu'elle donne au toucher. On trouve une synoviale cartonnée, inégale, souple en certains endroits; elle est *blindée* en d'autres par des épaisissements caractéristiques. Ces inégalités de consistance dues à la présence de gommes dans le tissu sous-synovial sont caractéristiques de l'affection. Ces plaques de blindage irrégulièrement distribuées sont elles-mêmes de consistance variable.

C'est que toutes ces gommès sont à des périodes différentes de leur évolution et que quelques-unes se ramollissent. Les unes très dures, les autres légèrement mollasses, elles donnent une sensation analogue à celle que l'on trouve en palpant le sarcocèle syphilitique. *On ne sent pas de fongosités.*

L'examen des extrémités osseuses les trouve le plus souvent normales ; on n'y trouve pas de points douloureux.

Les *mouvements* normaux sont conservés, et on n'en trouve pas d'anormaux.

Evolution. — Les gommès, suivant leur évolution, se ramollissent, envahissent et détruisent peu à peu les tissus voisins et peuvent s'ouvrir soit dans l'articulation, soit aux téguments. Parfois, elles arrivent à former une fistule complète, faisant communiquer l'articulation avec l'extérieur. Dans ce cas où les gommès dirigent leur évolution vers l'articulation, leur ouverture entraîne la formation d'une arthrite suppurée. Quand elles s'ouvrent au dehors elles confirment la ressemblance avec la tumeur blanche tuberculeuse. Enfin quand elles font communiquer la cavité articulaire et les téguments, elles sont des portes d'entrée pour les germes septiques, devenant ainsi le point de départ de graves accidents infectieux (Morestin).

L'ankylose est quelquefois une terminaison de la péricapsulite gommeuse contre laquelle on est obligé de lutter.

Enfin des gommès qui évoluent vers la synoviale

peuvent, après leur cicatrisation, se coiffer de la séreuse, pénétrer dans l'articulation. C'est là le premier stade de corps étrangers articulaires auxquels elles donnent naissance en devenant par la suite libres dans la cavité articulaire.

Dans certains cas où le traitement a été prolongé, il persiste quand même des craquements et des frottements articulaires pendant les mouvements.

Mais le cas le plus courant est que le traitement agisse avec une grande rapidité. C'est en effet dans ces formes que l'on a les plus rapides résultats. Quand le malade n'a pas attendu trop longtemps pour se faire soigner, le retour *ad integrum* est la règle sous l'action d'un traitement actif.

Ayant terminé notre seconde forme de syphilis tertiaire et avec elle les aspects de la syphilis que nous nous étions proposé d'étudier, ayant avec les symptômes traité du même coup l'évolution des lésions, nous arrivons au diagnostic.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Nous diviserons comme pour la symptomatologie ce chapitre en deux parties. Nous étudierons tout d'abord le diagnostic dans l'hydarthrose spécifique, puis nous passerons à la période tertiaire.

A) HYDARTHROSE. — Le diagnostic est souvent facile, lorsque l'épanchement apparaît presque comme un des symptômes de la spécificité et coïncide avec d'autres lésions, roséole, plaques muqueuses et toutes les manifestations articulaires.

Mais elle peut apparaître en dehors de ces manifestations comme le seul symptôme et dans ce cas il est souvent difficile de la différencier et de reconnaître la cause exacte de l'épanchement. Il faut alors avoir bien présent à l'esprit les différents caractères que nous avons décrits à la symptomatologie : évolution insidieuse, lésion tenace avec récides, affection indolore. Tel est pour ainsi parler le trépied de l'hydarthrose secondaire.

a) *L'hydarthrose rhumatismale* diffère assez nettement de l'hydarthrose spécifique. La multiplicité fré-

quente des articulations prises est un signe de grande valeur et l'évolution s'accompagne de phénomènes inflammatoires articulaires et périarticulaires. Les articulations deviennent rosées, chaudes, tuméfiées, et surtout il y a de la *douleur*. Cette douleur justement est pour ainsi dire inverse de celle de l'hydarthrose spécifique. Plutôt diurne que nocturne, elle empêche les mouvements.

Enfin l'épreuve du salicylate de soude lève les doutes comme le traitement mercuriel dans les cas douteux de syphilis.

b) *L'hydarthrose traumatique* est en général facilement éliminée par les commémoratifs et par son évolution.

c) *L'hydarthrose blennorrhagique* au contraire peut souvent simuler l'hydarthrose spécifique. Elles ont longtemps été confondues et bien des cas d'hydarthrose spécifique n'étaient que des phénomènes dus à une blennorrhagie méconnue.

Si l'interrogatoire peut déjà mettre sur la voie par les antécédents, il n'en est pas moins vrai qu'elle présente des caractères voisins de la lésion secondaire. Résistant au salicylate, elle est en effet tenace ; disparaissant à certains moments, elle présente des retours éloignés et résiste souvent à tout traitement. Enfin dans les cas anciens la synoviale finit par s'épaissir. Mais il y a cependant des signes qui permettent de la distinguer. La coexistence d'un écoulement urétral

récent ou ancien, les douleurs plus marquées, une impotence manifeste sensible et des phénomènes inflammatoires locaux évidents doivent amener au diagnostic. Enfin avant la localisation, la blennorrhagie semble errer parmi les articulations et souvent d'autres jointures ont été passagèrement touchées avant qu'un article se prenne sérieusement. Pourtant il faut signaler un cas où le traitement d'essais est le seul élément de diagnostic : nous voulons parler d'un malade à la fois atteint de spécificité et de blennorrhagie.

d) *L'hydarthrose d'origine tuberculeuse* présente parfois un diagnostic délicat et il n'est pas toujours facile de la différencier. Il n'y a en effet ici aucune réaction locale. La synoviale épaissie par une lésion chronique, le liquide abondant, les rechutes et les améliorations, la ténacité de l'affection peuvent entraîner vers un mauvais diagnostic. Les antécédents laissent souvent un certain flou, et l'histoire de la maladie n'est d'aucun secours.

Pourtant l'affection se rencontre plus souvent vers la puberté, est plus douloureuse, on trouve quelquefois des points osseux et la présence de ganglions inguinaux est un signe de grande valeur ; enfin le traitement antisypilitique institué lèvera les doutes et le laboratoire n'est pas de peu de secours.

e) Nous ne rappellerons que pour mémoire les pseudo-rhumatismes infectieux accompagnant certaines

maladies, scarlatine, diphtérie, rougeole, et certaines infections ou intoxications comme le saturnisme, par exemple.

f) Notons enfin en passant les hydarthroses des phlébites et des fractures de cuisse.

B) SYPHILIS TERTIAIRE. — ARTHROPATHIES. — Le diagnostic en est souvent ardu, et pourtant nous avons vu que l'établissement précoce d'un traitement approprié, importait beaucoup au résultat. La tâche du clinicien est dans certains cas simplifiée par la présence de lésions spécifiques dans d'autres organes, et en particulier dans la peau ; mais combien souvent la recherche de la vérité est rendue pénible par les dénégations volontaires du malade, et souvent il nie les antécédents spécifiques étant de bonne foi. Enfin des malades à lésions bacillaires peuvent présenter des lésions d'ostéoarthropathie tertiaire et la possibilité des fistules n'est pas pour entraîner le diagnostic.

a) A la période de début, les périostites bacillaires ou blennorrhagiques, rhumatismales ou infectieuses ne peuvent longtemps en imposer. Il y a en effet toujours inflammation localisée et quelquefois phénomènes généraux marqués. Enfin nous ne sommes encore qu'à la période de douleur, et dans aucun de ces cas ne se présentent les caractères de douleurs stéocopes

b) Lorsque se forment les exostases signalées dans notre symptomatologie de la forme osseuse, il y a tout

un ensemble d'*arthropathies nerveuses* qu'il faut éliminer. Des déformations du squelette que l'on trouve dans la syringomyélie et le tabes ne présentent pas la même régularité que dans la syphilis et des signes non équivoques de l'affection initiale ont déjà précédé ces phénomènes. Enfin leur apparition rapide et leur évolution permettent de se reconnaître facilement. Mais il y a une affection qui se différencie avec moins de facilité, c'est l'*ostéosarcome*. Le développement de la tumeur, s'il ne se faisait aussi rapidement, donnerait bien l'aspect des hyperostoses spécifiques ; cependant une circulation collatérale marquée se forme rapidement, la tuméfaction n'est ni aussi régulière, ni aussi régulièrement dure. L'état général ne s'altère que tardivement dans la syphilis ; il devient rapidement mauvais dans le sarcome. Enfin l'examen radioscopique lèvera les doutes, selon Broca. Pour cet auteur, en effet, le sarcome est toujours transparent et on ne trouve pas sur la plaque les foyers d'ostéite condensante, signature de la syphilis.

Le rhumatisme déformant ne se rencontre que chez des gens âgés et présente des caractères qui le font rapidement éliminer.

Les arthrites hémophiliques peuvent quelquefois imposer pour des tumeurs blanches spécifiques, cette affection a une prédominance pour le genou et cette localisation pourra servir au diagnostic. Rappelons brièvement les caractères principaux qui se révèlent tout d'abord par une hémarthrose, puis, et c'est là un caractère voisin de la spécificité, cette arthrite

tourne à la chronicité. L'épaississement de la synoviale, l'augmentation de volume de la jointure peuvent être confondus avec les lésions de la syphilis articulaire tertiaire à son complet développement. Pourtant la douleur est généralement plus marquée, une position vicieuse ne tarde pas à se produire, on voit de l'atrophie et de l'impotence et de temps en temps surviennent des poussées aiguës, douloureuses, pendant lesquelles la tuméfaction augmente et l'articulation devient fluctuante. C'est une affection de la jeunesse et il s'agit toujours de garçons.

Le diagnostic se fera par la connaissance des antécédents spécifiques, par la constatation d'un épanchement sanglant dans les poussées, aiguës, par l'absence de lésion osseuse clinique et radiographique ; enfin par l'action du traitement antisypilitique.

Mais l'arthropathie syphilitique tertiaire, entièrement constituée, présentant des lésions osseuses et synoviales, peut présenter un diagnostic autrement pénible sur lequel nous insisterons. Il est en effet souvent délicat de distinguer la syphilis et la tuberculose, et c'est ce diagnostic différentiel que nous allons aborder. Il mérite d'être fait avec soin et nous verrons par les observations que les deux affections ont été quelquefois confondues par des cliniciens éclairés et avertis.

La *tumeur blanche tuberculeuse*, en effet, présente nombre de points communs avec la *tumeur blanche spécifique*. Nous reprendrons donc comparativement tous ces signes au fur et à mesure qu'il

se présentent dans un examen de malade. Nous ne parlons pas des antécédents ; nous savons qu'un malade même de bonne foi nie souvent la syphilis ; mais il y a des signes physiques, des signes fonctionnels et des signes généraux qu'il est important de comparer.

A l'interrogatoire révèle dans la T. B. T. la douleur spontanée, violente, survenant aussi bien la nuit que le jour et toujours réveillée par le moindre mouvement et la plus faible tendance à la mobilisation. Cette douleur amène une gêne considérable, sinon une impossibilité totale dans les mouvements : les symptômes fonctionnels sont donc marqués. Ce sont là des signes qui non seulement font défaut dans la T. B. S., mais sont presque l'antithèse de ce que l'on trouve dans la syphilis.

A l'inspection. — L'aspect des deux affections est très voisin et on trouve seulement une circulation veineuse plus marquée dans la tuberculose. Dans les deux cas, point de rougeur, mais un gonflement considérable plus ou moins globuleux et régulier. S'il y a des orifices de fistules, et nous savons qu'il peut y en avoir dans les deux affections, il y a une prédominance considérable en faveur de la tuberculose.

Dans la T. B. T., les orifices sont pigmentés, violacés, la peau à leur niveau est décollée et l'orifice qui est entouré de bourgeons est le plus souvent placé au fond d'une légère dépression des téguments. En un

mot il est en : « cul de poule », pour parler comme Lannelongue. Ces fistules conduisent jusqu'à l'os le stylet qu'on y introduit et il en sort un pus saineux et mal lié avec des grumeaux et des séquestres.

Dans la T. B. S., où les orifices fistuleux sont plus rares, ils sont taillés à l'emportepièce plutôt que décollés, et donnent passage à un pus crémeux gommeux qui sèche rapidement. Rarement les fistules conduisent jusqu'à l'os ; plus rarement elles laissent éliminer des séquestres.

La palpation permet de donner des caractères plus précis des deux affections.

Dans les deux cas, la synoviale est distendue par du liquide, mais la séreuse elle-même diffère dans ces deux affections.

La synoviale, qui est fongueuse dans la T. B. T., est également épaissie dans tous ces points ; elle est mollassse. Dans la T. B. S., elle est épaissie, mais on ne perçoit pas de fongosité, elle donne la sensation d'être cartonnée et surtout elle présente les fameuses plaques de blindage caractéristiques, surtout quand il y a des gommes pérисynoviales. Enfin la synoviale qui est distendue par du liquide abondant dans T.B.S. et donne dans ce cas une fluctuation vraie, donne plutôt une fausse fluctuation due aux fongosités dans la majorité des cas un liquide clair dans la syphilis et purulent dans la tuberculose.

Les extrémités osseuses sont plus augmentées de volume dans la T. B. S., où elles forment presque tout le gonflement. Il en résulte que celui-ci est dur et ré-

gulier. Dans la T. B. T., au contraire, il est moins régulièrement résistant et on trouve des points mous.

Nous avons vu qu'il y avait des points douloureux du squelette dans certaine forme de syphilis articulaire, et ce signe, qui était d'une grande importance en faveur de la T. B. T., pour certains auteurs, nous apparaît comme de moindre valeur.

L'examen de la mécanique articulaire révèle des différences encore plus sensibles. Dans la S., les mouvements spontanés sont possibles, mais légèrement limités, les provoqués peuvent se faire dans toute leur étendue. Dans la T. B. T., les uns et les autres sont empêchés par la contracture vigilante. C'est-à-dire que dans la T. B. T. il y a de la contracture et des attitudes vicieuses par elle engendrées que l'on ne peut détruire ; dans la T. B. S., comme nous l'avons signalé, il y a bien une légère flexion causée par la distension de la synoviale, mais on la réduit avec une extrême facilité.

Enfin *les symptômes généraux* sont de grande importance. L'état général devient rapidement mauvais dans la T. B. T., les lésions tuberculeuses peuvent envahir différents points de l'économie et elles le font plus fréquemment que dans la syphilis. Aussi dans la T. B. S. l'état général reste-t-il aussi longtemps bon que le permettent les insomnies dues aux douleurs ostéocopes et l'immobilisation. En tout cas, il est beaucoup plus favorable que dans la tuberculose. La température à grandes oscillations, les sueurs profondes,

l'asthénie qui atteignent rapidement les bacillaires épargnent les spécifiques. Enfin le traitement mercuriel est un élément de diagnostic non à dédaigner.

Un moyen de contrôle plus récent nous est encore fourni par la radiographie qui nous montre des épaisissements de tissus compact dans les diaphyses et les épiphyses que la tuberculose est impuissante à expliquer.

En résumé, nous voyons donc en faveur de la T.B.T. un réseau veineux plus marqué, un gonflement inégalement dur, un empâtement fongueux, des fongosités, des fistules fréquentes, des ganglions, des contractures. Pour la syphilis, nous trouvons un gonflement dur, régulier, osseux, une fluctuation vraie, des fistules rares, des ganglions peu fréquents ; il n'y a pas de contracture, mais un signe caractéristique : les plaques de blindage de la synoviale.

A côté de la clinique, le laboratoire nous rend aussi des services précieux ; les moyens sont nombreux ; la recherche directe des bacilles tuberculeux, la culture et l'inoculation aux cobayes des produits de l'articulation malade, le sérodiagnostic (Courmont), le cytodiagnostics, la bactérioscopie directe, l'épreuve de la tuberculine et enfin deux réactions récentes, la cuti et l'ophtalmoréaction.

Tous ces moyens de dépister la tuberculose devraient éviter les confusions ; mais beaucoup exigent des études et des connaissances spéciales ; une pratique exercée ; aussi verrons-nous encore des T. B. S. cataloguées T. B. T.

L'étude de cette dernière affection termine notre chapitre du diagnostic et nous serons heureux si nous avons bien différencié la syphilis articulaire de quelques affections voisines avec lesquelles elle est parfois confondue.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Encore que nous ayons décrit à propos de chaque forme la marche de l'affection et l'évolution des lésions, nous croyons utile de faire ici en peu de mots quelques considérations sur le pronostic.

Dans aucune autre affection n'importe plus au pronostic la nécessité d'un diagnostic précoce, d'un traitement rapide. Si tous les malades, en effet, étaient traités dès le début, non seulement ils pourraient guérir complètement de leurs lésions, mais encore on ne trouverait chez eux aucune déformation ni gêne fonctionnelle. Plus tard le traitement ne pourra plus agir sur certaines lésions définitivement acquises, telles que les modifications osseuses, les osteites condensantes. Dans ces cas, les hyperostoses pourront apporter de la gêne dans la mécanique articulaire. De plus, il faudra bien savoir que le traitement n'agira pas toujours d'emblée et que les lésions pourront évoluer vers la suppuration.

Le pronostic des diverses formes varie légèrement.

L'hydarthrose est longue, tenace, présentant des retours fréquents et souvent elle est d'une persistance

désolante. Heureusement qu'elle n'est ordinairement accompagnée que d'une symptomatologie peu bruyante.

La forme osseuse tertiaire résiste quelquefois pendant de longs jours au traitement qui doit être patient et prolongé ; dans certains cas les déformations osseuses persistent quoiqu'on fasse, et la mécanique articulaire peut s'en ressentir.

La forme synoviale, au contraire, réagit en général assez bien au traitement antisypilitique ; la synoviale diminue son épaisseur, les gommes disparaissent et le liquide diminue rapidement. C'est dans ces cas que le retour *ad integrum* est la règle.

Mais il faut savoir qu'à côté de cette évolution normale de la syphilis articulaire tertiaire il peut se présenter des complications articulaires non négligeables. Je veux parler des fistules qui font communiquer parfois l'articulation et l'extérieur ; ce sont là de premiers ennuis qui peuvent entraîner des arthrites suppurées. Des gommes, s'ouvrant dans l'articulation, qu'elles proviennent de la synoviale ou des épiphyses articulaires, amènent le même résultat. Des associations microbiennes peuvent alors se produire comme nous l'avons signalé et il est évident que dans ces cas le mercure n'est plus d'aucun secours, c'est au bistouri à intervenir. Les arthrotomies, les résections, et quelquefois les amputations auxquelles on est alors contraint, nécessitent l'intervention du chirurgien.

Des ankyloses qui parfois terminent des lésions articulaires trop longtemps sans traitement peuvent

aussi, dans la suite, devenir du ressort de la chirurgie.

Dans tous ces cas graves, l'état général ne tarde pas à subir de néfastes influences et une cachexie voisine de la cachexie tuberculeuse peut envahir le malade.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Quel doit être le traitement de la syphilis articulaire ? On peut le préciser en peu de mots : précoce, intense, prolongé. Mais à côté du traitement des lésions spécifiques nous serons aussi obligés de passer en revue le traitement des complications.

I Le traitement général doit toujours être institué même dans les cas où l'hésitation est permise ; il servira alors d'élément de diagnostic ; « Dans le doute, ne t'abstiens pas ». Ainsi dit le professeur Gaucher. En présence d'une arthropathie S., à quelque forme qu'elle appartienne, on instituera donc le traitement antisypilitique. Celui-ci comprend deux médicaments : le mercure et l'iodure, moins employé aujourd'hui sauf pour les lésions des centres nerveux — ou associés en traitement mixte.

Nous ne faisons que le mentionner sans insister sur la manière de le prescrire.

Sous quelle forme administrerons-nous le mercure ?

II L'antique méthode des frictions mercurielles n'est plus guère employée et tend à être délaissée de plus en plus en raison de ses inconvénients ; elle n'est pas

propre, elle est infidèle. La quantité de Hg absorbé ne peut ainsi être fidèlement dosée.

B) Il reste donc les pilules et les injections mercurielles.

Les *pilules* rendent des services dans les cas où le malade ne peut s'astreindre à venir se faire faire des injections ; elles sont évidemment plus fidèles que les frictions. On donne le mercure sous forme pilulaire de la façon suivante :

Le *mercure métallique*, qui formait la base des pilules de Barberousse, de Belloste, des pilules bleues et de celles de Sédillot, a peu à peu cédé sa place aux protoïodure et au bichlorure de mercure.

Le *bichlorure*, qui se donne également en solution dans la liqueur de Van Swieten, forme la base des pilules de Dupuytren dont voici la formule selon le Codex :

Chlorure mercurique porphyrisé	10 centigr.
Extrait d'opium	20 —
Extrait de gaïal.....	40 —

pour 10 pilules

On donne par jour une ou deux de ces pilules à 0,01 centigr. par pilule.

Le *protoïodure* s'administre en pilules de 0,05 dont on donne une à quatre par jour, le plus souvent deux ou une. On ajoute à ce protoïodure un peu d'opium

pour éviter la diarrhée et on a ainsi les pilules dites de Ricord, dont voici la formule :

Protoïodure hydrargyrique	3 gr.
Thridace	3 —
Extrait thébaïque	1 —
Conserve de roses	6 —
p. a. pour 60 pilules.	

Les pilules de Ricord modifiées par Fournier se composent de :

Protoïodure d'hydrargyre	0.05
Extrait thébaïque	0.01
p. une pilule	

Fournier recommande de n'accepter que des pilules molles facilement obtenues par addition d'un peu de glycérine. Telles sont les formes pilulaires les plus employées.

C) Si l'on veut agir rapidement et énergiquement, on aura recours aux injections mercurielles. Il est évident qu'elles doivent être faites avec toute l'asepsie désirable et il est presque superflu aujourd'hui de recommander à l'opérateur de laver ses mains et la peau du malade, de stériliser sa seringue et son aiguille.

Le mercure est injecté sous la peau à l'état métallique ou à l'état de combinaison. Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes les formules employées jusqu'ici, nous donnerons les plus courtes seulement. Parmi les composés solubles, le biodure en solution dans l'iodure de potassium est de plus en plus

délaissé aujourd'hui au profit du benzoate, plus actif ; en voici quelques formules :

Benzoate de mercure	1 gr.
Benzoate d'ammonium	5 —
Eau distillée.....	95 pour 100
<i>fsa</i> (Desesquelle)	

En injections quotidiennes de deux cmc, soit 0 gr. 02 de benzoate de mercure.

Benzoate de mercure	0 gr. 30
Benzoate d'ammoniaque	1 gr. 50
Benzoate de cocaïne.....	0 gr. 05 à 0 gr. 15
Eau stérilisée	30 cmc.
<i>fsa</i> (Gaucher)	

Dans les cas graves, injecter 2 centigr. par jour pendant deux mois.

Benzoate de mercure	1 gr.
Chlorure de sodium clinique pur.....	0 gr. 75
Eau stérilisée	100 gr.
<i>fsa</i> (Gaucher)	

1 Cmc contient 1 centigr. de benzoate qui répondra à milligr. de mercure métallique. Faire tous les jours ou tous les deux jours un à deux centigr., suivant la gravité des cas.

4° Un composé plus récemment employé est l'éné-sol ou salicylarsniate de mercure. Composé mercuriel

et arsenical peu toxique, il présente l'avantage de pouvoir être employé de façon indolore.

Salicylarsinate de mercure	3 gr.
Eau bouillie	100 c.l.

Un cent. cube contient 0 gr. 03 de salicylarsinate de mercure. On en injecte un à deux cent. cubes par jour.

De toutes ces formules, les deux plus employées sont les deux dernières ; celle du professeur Gaucher et celle contenant de l'énésol.

Parmi les composés insolubles, nous avons à considérer le calomel et l'huile grise.

Le calomel, qui serait douloureux, aurait comme inconvénient de provoquer des abcès fréquents et d'être assez douloureux.

Calomel à la vapeur, lavé à l'alcool et séché	0 gr. 50
Huile d'olive stérilisée ou huile de vaseline	10 gr.
<i>fsa</i> (Fournier)	

Un cent. cube contient 0 gr. 03 de calomel ; une injection de un cent. cube tous les huit jours.

L'huile grise donnée en diverses formules est surtout employée sous la formule de L. Lafay.

Mercure purifié	40 gr.
Lanoline anhydre stérilisée	12 gr.
Vaseline blanche stérilisée	13 gr.
Huile de vaseline médicinale stérilisée.....	35 gr.

fsa

On se sert pour l'injection d'une seringue de Fournier. Trois de ses divisions répandent de 0,07 à 0,08 de Hg. On fera une injection toutes les semaines de trois divisions pendant cinq semaines environ. On permettra ensuite au malade de se reposer quinze jours.

Les injections de composés insolubles qui permettent au malade de venir moins fréquemment vers son médecin ont le gros inconvénient d'introduire en une seule fois des doses massives de mercure. Il se produit parfois de véritables décharges hydrargyriques qui peuvent produire des intoxications plus ou moins graves. Récemment encore le professeur Gaucher signalait ces inconvénients.

Dans tous ces cas il faudra *suffisamment prolonger* le traitement. C'est là une donnée sur laquelle insistent tous les auteurs. C'est le seul moyen d'éviter les retours offensifs et de *guérir complètement* les arthropathies. Enfin il faut aussi savoir que dans certains cas les résultats peuvent se faire attendre et il ne faut pas s'impatienter quand on fait du traitement antisypilitique un élément de diagnostic.

Enfin il faut aussi penser à préserver la dentition par un nettoyage quotidien.

II Le traitement local s'adresse aux phénomènes douloureux et aux complications.

III *Les phénomènes douloureux* sont peu marqués, aussi a-t-on peu à les combattre ; ils sont surtout fréquents dans les formes arthralgiques, et accompagnent accessoirement les formes que nous avons décrites.

Il peut dans ces cas être indiqué d'avoir recours aux analgésiques sous formes de liniments ou stypages-cocaïne, morphine, stovame, dionine, chlorure d'éthyle, beaume tranquille.

B) Contres les complications il faudra lutter soit pour les prévenir, soit pour les guérir.

L'*ankylose* devra être prévenue par les massages fréquents. Non seulement les articulations ne doivent pas être immobilisées, mais encore il faut les faire travailler.

Les *fistules* devront être pansées aseptiquement pour prévenir les infections secondaires et éviter les arthrites suppurées.

En effet, dans les *arthrites suppurées*, nous serons amenés à des traitements plus graves. L'arthrotomie sera nécessaire avec le nettoyage complet de l'articulation. Il faudra alors, contrairement aux autres cas, immobiliser les articles atteints.

Nous avons ici des phénomènes de fluxion qui dépendent de la suppuration de la lésion. Enfin comme dans toutes les arthrites suppurées, devant des accidents graves d'infection, l'amputation peut être le seul moyen de sauver le malade.

Dans certains cas d'*ankylose* vicieuse ou impossible à surmonter, la résection a due être pratiquée (particulièrement en Allemagne).

Tel est le traitement des arthrites spécifiques. Nous voyons qu'il doit toujours être fait de façon énergique si l'on veut éviter les complications et, par suite, les interventions chirurgicales. Nous n'y insisterons pas

davantage et allons dès maintenant donner les observations sur lesquelles nous appuyons les faits que nous avons rapportés.

OBSERVATIONS

FORME HYDARTHROSE SECONDAIRE

Observation I (obs. I thèse DAUZAT 1875, résumée). — Etudiant en médecine, chancre le 24 juillet 1863 ; présente en 1865 un complément aux deux poignets, avec épanchement léger et douleur. Le mercure administré est suivi de guérison rapide.

Observation II (obs. II, thèse DAUZAT 1875, résumée). — Femme, vingt-sept ans, antécédents personnels spécifiques, présente un genou augmenté de volume avec déformation légère des dépressions normales. Le protoiodure de mercure administré donne rapidement une amélioration marquée, lorsqu'une stomatite force à l'interrompre. Les symptômes subissent alors une recrudescence.

Observation III (obs. I de la thèse de VAFFIER 1875, résumée). — C... Georges, vingt-neuf ans, second maître à bord de la *Belliqueuse*. Pas d'antécédents rhumatismaux. Chancre le 15 décembre. 24 janvier : roséole. Jusqu'au 15 août évoluent diverses lésions secondaires et des arthralgies marquées. Le 15 août, douleurs sourdes dans le genou droit avec production d'une tuméfaction considérable. Le cul-de-sac sous-tricipital est distendu par une quantité de liquide considérable. En outre, hygroma de la bourse

séreuse prérotulienne du genou gauche. Un gramme d'iodure par jour.

Sort le 17 septembre. Rentre de nouveau le 27 janvier 1874 avec arthralgies dans l'épaule droite. 2 gr. de K. I. par jour. Le 1^{er} mai la guérison est complète.

Observation IV (obs. IV, thèse VAFFIER) résumée. — Bonron Gabriel, matelot. Chancre constaté le 27 juin 1873. Le 4 juillet il y a une tuméfaction de l'articulation sternoclaviculaire droite avec douleur à la pression. Six jours après apparaît très insidieusement un épanchement du genou gauche. On donne deux cuillerées de liqueur de Van Swieten par jour. En dix jours il y a une notable amélioration, lorsque le 28 juillet les poignets sont pris. Le traitement est continué, on y ajoute de l'iodure de potassium, il y a une amélioration rapide.

Observation V (obs. IV thèse VAFFIER). — Lemerle François, gabier. Chancre apparu le 7 juillet avec phénomènes d'invasion marqués. Le 15 septembre, douleur, tuméfaction, épanchement du poignet droit. Le liquide augmente le 21 septembre. Le 27 septembre le genou droit est envahi par un épanchement marqué. On donne de la liqueur de Van Swieten (une cuillerée par jour) ; le 3 octobre, amélioration considérable. Le 1^{er} janvier, le malade sort guéri.

Observation VI (obs. V thèse VAFFIER) résumée. — Garon Pierre, vingt-quatre ans. Chancre constaté le 20 octobre 1873. 1^{er} novembre, roséole. Le 8 novembre, arthralgies diverses. Le 12 novembre, les mouvements du genou sont douloureux sans gonflement ou coloration de la peau. Le 13 novembre, les deux genoux sont envahis par un épan-

chement abondant. Deux cuillerées de liqueur de Van Swieten sont administrées. Le 25 novembre, le malade se lève et peut marcher. Le 20 novembre, il sort guéri.

Observation VII (due à TAYLOR dans *the Lancett* ; consignée dans la thèse de PLATEAU). — Vingt-deux ans. Syphilis en 1867. Présente actuellement des douleurs dans le genou gauche avec phénomènes arthralgiques dans les articulations. Le genou gauche augmente graduellement de volume, sans température ni réaction générale. Localement il n'y a aucune réaction inflammatoire. Après une amélioration passagère survient une poussée assez forte. On constate un épanchement considérable survenu sans cause apparente et une synoviale très épaissie. L'iodure de potassium, donnée avec persistance, amène une amélioration marquée.

Observation VIII (TAYLOR ind^o consignée dans PLATEAU) résumée. — Trente-six ans. Syphilis en 1859. En 1869, présente des douleurs légères dans le genou droit ; celui-ci est augmenté de volume. On constate un épanchement notable. La pression révèle une légère douleur. La synoviale n'est pas épaissie. Le même traitement est institué et suivi d'une semblable amélioration.

Observation IX (obs. personnelle, thèse PLATEAU 1877) résumée. — Hydarthrose bilatérale des genoux plus marquée à droite chez une syphilitique. Les épanchements sont survenus sans gêne ni douleur, insidieusement. On badigeonne les deux articulations à la teinture d'iode et l'épanchement augmentant, on donne du protoiodure. L'amélio-

ration est considérable, rapide, le liquide devient à peine perceptible.

Observation X (obs. personnelle, thèse PLATEAU) résumée. — Après des douleurs astécopes chez une syphilitique survient sans cause le 12 mars un épanchement que le traitement antisiphilitique fait diminuer. Le 23 mars, le genou gauche aussi pris est normal, le droit est le siège d'un épanchement marqué. Le 12 avril, le genou gauche subit une nouvelle poussée. Le 28 juin le liquide a presque complètement disparu dans les deux genoux. On continue encore le traitement.

Observation XI (VINAY. Ann. derm. et syph. 1879-80) résumée. — Dévidéuse, vingt-six ans. Sans antécédents rhumatismaux. Chancre en janvier. Syphilides cutanées en mai. Au commencement de juin, douleur assez vive et épanchement du genou droit. Temp. 38°. Traitement mixte. La malade sort au bout de douze jours, améliorée, mais rentre huit jours après, le 7 juillet, l'état du genou s'est aggravé. Sort guérie le 19 juillet.

Observation XII (obs. III du mémoire de TRAST (Wien-med. Woch 1889). — En 1896, blennorrhagie, en 1889 chancre induré, guéri en janvier 88 à l'hôpital Rodolphe. Dix-huit jours après, éruption généralisée. 14 avril, les pilules sont suspendues pour diarrhée et reprises le 18 avril. 26 avril, douleurs dans le genou droit, la marche est impossible, on ne trouve rien à l'inspection. Le 28, fluctuation nette, choc rotulien, on ajoute au traitement KI 0 gr. 50 par jour. 18 mai, l'épanchement a disparu et les mouve-

ments sont libres, plus de douleur. Le malade sort guéri le 21 mai.

Observation XIII (Ici devrait prendre place l'observation de Gouget (*Ann. derm. et syph.* 89) que nous avons rapporté dans notre symptomatologie comme exemple d'hyarthrose secondaire ; nous nous bornerons à y renvoyer.

Observation XIV (GOUGET. *Ann. derm et syph.* 1889). — M..., Marie, 28 ans, cartonnrière, entre à l'hôpital le 27 février 88, ne présente pas d'antécédents rhumatismaux héréditaires ou personnels. Le chancre passé inaperçu, roséole en 87 avec céphalée nocturne et chute des cheveux. En février 1888, on trouve des syphilides vulvaires, en même temps des douleurs pendant les mouvements apparaissent dans les deux genoux. Vagues, intermittentes, sourdes la plupart du temps avec des exacerbations, ces douleurs sont survenues sans cause apparente. Rien d'anormal à l'aspect des genoux, le palper révèle dans le genou droit un épanchement léger ; les épiphyses sont très légèrement douloureuses ; le genou gauche paraît indemne. Quelques douleurs sont à noter dans les poignets. Traitement mixte. 1 pilule de protoiodure + 4 gr. de Kl. Enveloppement ouaté. L'épanchement, long à se résorber, semble à peu près disparu le 31 mars.

Observation XV (GOUGET, in-d° résumée). — B..., Clémentine, 22 ans, domestique, entrée le 7 avril 1886. Bons antécédents héréditaires, pas de rhumatismes, rougeole à deux ans. Actuellement, deux chancres indurés des grandes lèvres en voie de cicatrisation remontant à un mois et demi environ, selon la malade. Roséole confluyente, quelques sy-

philides vulvaires et linguales céphalée, alopecie. La malade, depuis quelques jours dans le service, accuse une gêne dans les genoux. Ceux-ci ont conservé une coloration normale, mais les dépressions habituelles périrotuliennes sont effacées. Au palper, épanchement bilatéral notable, pas de sensibilité à la pression. Soumise au même traitement que les deux autres, la malade sort au bout de quinze jours, l'épanchement est alors en voie de résorption.

Observation XVI (GOUGET, in-8° résumé). — C..., Emile, 27 ans, facteur; chancre de la verge, il y a quatre mois; traitement par la liqueur de Van Swieten. Quelques jours seulement après son entrée, le malade est pris de douleur dans les genoux avec difficulté de la marche. En même temps, poussée de lésions cutanées, angines vives. Le malade sans force entre dans le service. Quelques jours après, le malade attirant l'attention par sa gêne, on examine ses genoux. Quoique l'aspect en soit normal, on trouve des deux côtés un épanchement à peu près égal. Les épiphyses sont très légèrement douloureuses à la pression. Traitement mixte, compression ouatée. A la sortie, au bout de 17 jours, l'hydarthrose a presque complètement disparu.

Le malade reprend son métier, suit régulièrement son traitement et trois semaines après revient consulter. La marche est possible, la montée des escaliers gênée, la course impossible. A gauche, l'hydarthrose n'est guère plus considérable qu'après la sortie; à droite elle a augmenté sans atteindre le volume primitif. 1^{er} juin, l'épanchement, la gêne ont diminué et on trouve seulement quelques craquements dans le genou droit; en revanche, le gauche a sensiblement augmenté. 7 juin, état à peu près stationnaire, hydarthrose notable à gauche, à droite légère dépression de la rotule. Depuis on ne revoit plus le malade.

Observation XVII (F. DE GRANDMAISON et L. BOIDIN. Arch. gén. de méd. 1902). — H. Louis, vingt-six ans, menuisier, entre le 24 août à la Charité. Antécédents héréditaires bons ; a eu, il y a six ans, une pleurésie droite soignée à Necker et il y a quatre ans une pneumonie, chancre traité à Bichat. Pas d'antécédents blennorrhagiques. En juin 1901, chancre du sillon balanopréputial cicatrisé en quinze jours. Deux semaines après, roséole dysphagée, chute des cheveux. Il entre alors chez de Masny (Hôtel-Dieu annexé) et présente une tuméfaction très marquée du genou gauche. La fatigue seule amenait un peu de douleur. Traitement : liqueur Van Swieten, frictions mercurielles, vésicatoires en fer-à-cheval sur le genou. Huit jours après, retour à la normale de l'articulation. Le malade était resté un mois continuellement traité par le mercure. En rentrant après quelques fatigues, nouvelles poussées, le malade avait renoncé au traitement.

25 août. Malade pâle, amaigri. Syphilides papuleuses de la face et des membres inférieurs. Pas de plaques muqueuses, polyadenopathie légère, ganglions sous-occipitaux. Depuis quelques jours douleurs ostéocopes et céphalée. Le genou gauche présente une tuméfaction prononcée avec une saillie du cûl-de-sac sous-tricipital. Fluctuation nette, choc rotulien facilement perçu, aucune sensibilité à l'exploration. La marche est difficile.

Traitement : pendant dix jours consécutifs, injections sous-cutanées de 5 millig. de biodure. Repos au lit. 26 août, ponction du genou malade qui donne 26 cmc. de liquide jaune-citron. Le 28 août, le genou diminue de volume ; le 30, l'article a repris son aspect normal, le malade se lève et marche sans que la tuméfaction se reforme. Le traitement mercuriel arrêté le 2 septembre par le développement d'une stomatite est repris le 13 (deux pilules de

0.05 de protoïdure et le 15 octobre le malade sort dans un état aussi satisfaisant que possible.

L'inoculation du liquide aux cobayes n'engendre le développement d'aucune lésion tuberculeuse,

OSTÉOARTHROPATHIES TERTIAIRES

Observation XVIII (empruntée à la thèse de VOISIN 1875, résumée). — Malade à antécédents spécifiques nets, présentant un genou droit très volumineux. Epanchement abondant dans la synoviale, laquelle permet à la palpation de percevoir dans son épaisseur une petite « tumeur ». Les extrémités osseuses sont très épaissies. Les mouvements sont peu douloureux, mais difficiles. En même temps syphilide ulcéreuse de la cuisse droite. KI est donné et la guérison survient rapidement.

Observation XIX (GAUCHER, *France médicale* 1879) résumée. — Félix G..., vingt-neuf ans, soigné pour un chancre quatre ans auparavant, est atteint depuis un mois d'une arthrite du coude. Celui-ci est en demi-flexion avec tous les caractères d'une tumeur blanche au début. L'extrémité inférieure de l'humérus est augmentée de volume. En même temps tuméfaction douloureuse de l'articulation sternoclaviculaire gauche siégeant sur l'extrémité claire. Guéri en moins d'un mois par le traitement mixte.

Observation XX (GAUCHER, *ibid*), résumée. — Femme, vingt-six ans, donnant, malgré ses dénégations, quelques raisons de croire à la spécificité. Présentant une tuméfaction rouge un peu douloureuse de la tête de la clavicule gauche avec amincissement de la peau. En même temps

gommé périostique de la diaphyse de la clavicule droite et une autre assez adhérente aux os de l'avant-bras gauche. Guérison complète en deux mois de traitement mixte.

Observation XXI (GAUCHER, in-d°), résumée. — Femme de quarante-cinq ans, niant tout antécédent de spécificité, mais en présentant des signes probables. L'articulation sternoclaviculaire droite est atteinte de la même lésion que dans l'observation XX. Guérie par le traitement mixte.

Observation XXII (MÉRICAMP, thèse 1882, obs. III) résumée. — A..., trente-deux ans, journalier. Il y a sept ans, gonflement des genoux avec douleur légère qui disparut après quinze jours de repos. Les phénomènes réapparaissent plusieurs fois graduellement. Le 22 juin 1880, tuméfaction considérable du genou gauche. Les culs-de-sac sont distendus, il n'y a pas de douleur, la flexion est un peu limitée. L'examen des extrémités osseuses hyperthrophées révèle deux points douloureux de périostite à la face antéro-externe du genou. On donne 1 gr. 50 à 4 gr. de KI. Les phénomènes disparaissent en quarante-huit jours de traitement.

Observation XXIII (MÉRICAMP, thèse, obs. IV due à KIRMISSON) résumée. — M..., chauffeur, soixante-cinq ans, entre le 11 novembre à Saint-Antoine dans le service de M. Kirmisson. Chancre à vingt-huit ans. Il y a six mois, augmentation de volume du genou gauche et douleur avec paroxysme nocturne. Liquide marqué. La synoviale épaissie donne la sensation de fongosités. On note un point douloureux à l'extrémité inférieure du fémur, face externe. Il y a treize jours, tuméfaction supéro-externe du tibia gauche avec ulcération adhérente présentant les caractères d'une périostite gommeuse. Après dix jours de traitement,

le point primitivement douloureux se réduit à une petite tumeur dure et immobile, trace de périostite. Le 25 novembre, il n'y a plus de liquide et le 9 décembre la gomme est cicatrisée. Il persiste seulement un peu de gonflement.

Observation XXIV (MÉRICAMP, obs. V et VI représentant une obs. de la thèse de DUREUIL complétée) résumée). — F..., quarante-un ans, couturière. Examinée le 4 août 1874, présentant dans ses antécédents un chancre en 1856. On constate des exostoses multiples et une pseudotumeur blanche du genou gauche d'un volume considérable. Pas de modifications cutanées. La palpation révèle une tumeur dure indolore formée par une augmentation de volume du tibia et du fémur. Puis survient un épanchement caractéristique ; les mouvements sont conservés, la malade marche. Le 19 avril 1875, après traitement, le genou est très diminué et les mouvements normaux et en décembre 1879 le genou gauche est absolument normal ; seule la rotule est un peu élargie.

Le 27 décembre 1879, nouvelles exostoses et pseudotumeur blanche du coude gauche ; la tuméfaction considérable est due à des hyperostoses radiales, humérales et cubitales. On trouve à la partie postérieure du coude un point mou formé par la synoviale distendue. Le 26 janvier, amélioration et diminution notables. Le 1^{er} février, le 11, le 25, des examens successifs permettent de constater la diminution du gonflement. Le 3 avril, la malade sort très améliorée avec un coude encore gros dont les mouvements sont très faciles.

L'autopsie en février 1882 permet de constater : au *radius gauche*, une cavité de 3 cm. de hauteur sur 2 cm. de largeur, d'avant en arrière, et emplie de matière pulpeuse jaune d'or. Le reste de la diaphyse est atteint d'ostéite condensante sans éburnation. Au *genou*, altération ancienne

des cartilages partiellement réparée. Deux dépressions stellaires, cicatrices à nombreux rayons sur la face tibiale de la trochlée fémorale. Canal médullaire très dilaté avec formation de lissus compacts à l'extrémité inférieure et foyers disséminés d'ostéite condensante. Le coude droit présentait des lésions d'ostéite et les gommès.

Observation XXV (MÉRICAMP, obs. X empruntée à KIRMISSON) résumée. — Georges P..., trente-et-un ans, conducteur de train. Entre le 9 décembre 1881. Chancre en 1874 suivi d'accidents secondaires. Se plaint du genou. On constate du liquide et une tuméfaction arrondie formée par le fémur augmenté de volume dans son tiers inférieur. Iodure de potassium et frictions mercurielles ; cinq jours après diminution du liquide. Le 17 décembre, le mieux s'accroissant, le malade monte facilement les escaliers. Le 20 décembre, la tuméfaction a presque entièrement disparu ; le malade sort le lendemain.

Observation XXVI (MÉRICAMP, thèse, due à l'obligeance de BOUILLY). — Fr... Léontine, vingt-huit ans, mécanicienne. Entre le 30 novembre 1880. Manifestement tuberculeuse ; elle nie tout antécédent syphilitique. Une ulcération de la face interne du tibia a tous les caractères des gommès. Le genou droit est tuméfié depuis quinze jours environ ; l'hydarthrose est moyenne ; rotule soulevée, saillie des culs-de-sac ; épaississement du cul-de-sac sous-tricipital. A la partie supéro-interne du tibia, on constate une zone très douloureuse à la pression ayant la dimension d'une pièce de 1 franc. L'extrémité supérieure du tibia est augmentée en totalité. L'articulation est indolente et la malade marche. La malade sort en décembre, le liquide a disparu et l'ulcération est cicatrisée.

Observation XXVII (DEFONTAINE, thèse 1883, communiquée par BARTÉLÉMY), résumée. — R... Julien, vingt-cinq ans. Chancre à dix-huit ans et demie, guéri en trois mois, syphilides ulcéreuses cicatrisées et perforation du voile du palais. Le malade a présenté à diverses reprises des phénomènes douloureux avec épanchement d'un côté du genou gauche. La dernière atteinte remonté à un an. Il y a un mois, il recommença à souffrir (douleurs ostéocopes) et le genou devint très volumineux. Le cul-de-sac sous-tricipital est très augmenté de volume et la synoviale distendue ; la rotule est très douloureuse ; une hyperostose considérable de la moitié supérieure du tibia est très douloureuse à la pression. Traitement KI, 4 gr., vésicatoire. Amélioration considérable. Le 11 juin l'hydarthrose a disparu, l'exostose diminue ; il reste des frottements et des craquements articulaires.

Observation XXVIII (obs. V du mémoire de GANGOLPHE, ann. derm. et syph. 25 septembre 1885). — CC..., vingt-trois ans, sans antécédents héréditaires ou personnels. On ne retrouve aucun signe permettant un diagnostic de spécificité. Il y a deux ans et demie environ, douleur sourde au niveau de la partie moyenne du tibia gauche avec gonflement ; en même temps, apparition d'ulcérations venues sans cause au-dessus de l'épaule. En même temps mauvais état général.

La tuméfaction du tibia gauche se convertit en abcès avec trajet fistuleux et atrophie du membre. Le stylet arrive sur l'os. À droite, au même endroit sur le tibia, hyperostose de 4 à 5. cent. environ. A la tête, tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon à la limite des régions frontale, pariétale et temporale. Céphalée peu intense. Gène, raideur de l'épaule et du coude ; mêmes phénomènes du côté du genou. Le docteur Mollière diagnostique des lésions

tertiaires et donne le traitement spécifique. Le 25 janvier, incision au niveau de la fistule de la jambe gauche et le 4 février au niveau de la gomme fronto-temporo-pariétale. Le malade éprouve une dyspnée intense, torpeur, somnolence et subictère. Les urines rares, puis supprimées, contenaient une grande quantité d'albumine. Le malade succombe le 5 février à onze heures du soir.

Autopsie : *cerveau*, rien ; le *poumon* gauche est sain, petites gommes au *poumon* droit ; *foie* mamelonné et diminué de volume ; *reins* volumineux avec congestion et dégénérescence. Le squelette porte de nombreuses gommes, au niveau de la voûte du crâne, de l'articulation sternoclaviculaire droite et de la claviculaire gauche, de l'omoplate droite, de l'articulation acromioclaviculaire droite et de l'épaule gauche, de l'articulation, du genou droit (tibia et fémur) et du gauche (tibia et fémur).

Observation XXIV (MOREL-LAVALLÉE, *Union médicale*, 3 mai 1888). — B... Pierre, vingt-cinq ans, plombier, entre le 14 janvier 1888. A eu deux chancres indurés en octobre 1883 et deux mois après une éruption secondaire. *Octobre* 1887, syphilide tuberculeuse de l'épaule. *Novembre*, douleurs dans les mouvements du coude droit persistant au repos, la nuit (ostéocopes), puis tuméfaction du coude. *15 janvier*, intumescence fusiforme du coude droit, les lésions partent exclusivement sur extr. supérieure du cubitus ; le radius, l'humérus n'ont rien.

Mouvements de pronotion et supination possibles, l'extension et la flexion sont bridées au voisinage de la demi-flexion. Les saillies hypertrophiées du cubitus buttent à l'entrée des cavités inféro-humérales. Pas d'autres exostoses ni de céphalalgie.

3 février, syphilides discrètes ; la diminution progressive du cubitus est aujourd'hui tellement accentuée que la pal-

pation et la pression ne perçoivent plus de saillies anormales ; l'extension complète n'est pas encore possible. 11 février, extension actuellement parfaite, la portion postéro-supérieure du cubitus reste gonflée et convexe au lieu d'être rectiligne et anguleuse.

Observation XXX (KIRMISSON, *Bulletin médical*, 1889). — Femme de vingt-trois ans, entrée à l'Hôtel-Dieu en 1889. Début en 1885 de la lésion par une tumeur située sur le côté externe de l'articulation et mobile avec elle. Gêne peu marquée jusqu'en décembre 1888 (vésicatoires, pointes de feu, sont restés sans résultat, puis bains sulfureux). La tumeur augmente encore, en janvier, et on place un emplâtre de Vigo. Le 8 mars 1889, la malade entre à l'Hôtel-Dieu avec un gonflement considérable du genou gauche, dû à un épanchement abondant dans la synoviale distendue. Les épiphyses ont un volume normal, mais on trouve au bord supéro-externe de la rotule une tumeur mobile avec elle. Quoique les antécédents soient niés, on trouve des cicatrices de syphilides. Un emplâtre de Vigo et le sirop de Gibert amènent une amélioration rapide.

Observation XXXI (KIRMISSON, in-8°). — Homme de cinquante-huit ans, présentant, avec les apparences générales de la tuberculose, un genou globuleux, demi-fléchi, et plaqués dures de consistances cartilagineuses dans la synoviale ou cul-de-sac sous-tricipital. On trouve un empatement douloureux sur le condyle interne du fémur et la tubérosité interne du tibia. Traitement antisypilitique du 13 août au 12 novembre, guérison complète.

Observation XXXII (GAUCHER et GOYON. *Ann. dermat.* et

syph., 1901). — Mlle X... entre à Saint-Antoine le 29 mars sans antécédents spécifiques héréditaires ou personnels. Elle eut à vingt ans un enfant ne portant aucune marque de syphilis. Le mari interrogé nie tout antécédent. A vingt-quatre ans, anasarque généralisé pendant huit jours, avec albumine en grande quantité qui disparut par le lait et le repos. Alors commence la tuméfaction sternomastoïdienne gauche. En 1898 (il y a dix-huit mois), douleurs du genou droit rendant la marche impossible, sans fièvre, l'article augmenta peu à peu et devint douloureux tandis que le gauche était aussi le siège de douleurs qui disparaissent rapidement. On pense à une tumeur blanche; de nombreuses applications de pointes de feu n'amènent aucun changement. Dans les derniers jours de décembre 1898 apparut au niveau du tiers interne et des deux-tiers externes de la clavicule gauche une tuméfaction rouge non douloureuse augmentant de volume et qui, finalement, se ramollit et s'ulcéra. En 1899 (mars), il se fait une fracture spontanée de la clavicule à la suite d'un léger effort. Le 20 mars 1899, la malade étant considérée comme tuberculeuse, on constate une impotence du bras gauche et une ulcération à bords ronds, décollés, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, au tiers interne de la clavicule. Il en sort un liquide sirupeux et au fond on aperçoit les fragments nécrosés de la clavicule.

Masse dure non rénitente du sternocleido-mastoïdien gauche. Le genou droit est très augmenté de volume, avec empâtement généralisé uniforme des tissus à ce niveau sans fluctuation ni rénitence par hydarthrose. Depuis quatre mois, extinction de voix que l'examen révèle due à une parésie des cordes vocales. Les poumons présentent une respiration légèrement soufflante au sommet.

Malgré l'absence d'antécédents, les lésions attribuées à la syphilis sont traitées comme telles et on donne 2 centig. de Hg en injections quotidiennes. Le traitement est sus-

pendu au bout d'une semaine à cause de la diarrhée et le 24 mars 1900 il y a élimination d'un petit séquestre claviculaire. Le 5 avril, le traitement repris est cessé de nouveau le 16 pour nouvelle diarrhée. On donne alors deux pilules de Dupuytren et 6 gr. de KI ; l'amélioration est déjà manifeste, la tumeur du sternocleidomastoïdien et le genou sont moins volumineux. Au 2 mai, on reprend le benzoate. La gomme claviculaire est en voie de cicatrisation. La consolidation de la fracture ne se fait pas malgré l'immobilisation par une écharpe de Mayor. Les injections continuées jusqu'au 15 mai sont alors cessées jusqu'au 26 où on les reprend à la dose de 1 centig. de benzoate par jour jusqu'au 26 juin.

Dès les premiers jours de juillet, la plaie claviculaire est cicatrisée, mais la clavicule n'est pas consolidée. Pendant six semaines on donne à la malade de la poudre de corps thyroïde de mouton sans résultat (deux cachets de 10 centig. par jour) et elle quitte le service en août 1899 avec une pseudo arthrose très serrée. Revue plusieurs fois, la malade est complètement guérie de ses lésions anciennes et aucune autre lésion spécifique ne s'est manifestée.

Observation XXXIII (LEREDDE et PAULTIER, Revue pratique des maladies cutanées, 1903). — Il s'agit d'un malade ayant présenté des lésions attribuées à tort à la tuberculose pendant six ans. X..., vingt-neuf ans. Début des accidents en 1895 par un abcès diagnostiqué abcès froid tuberculeux au niveau du deuxième métatarsien gauche qui est trépané et dont on enlève la tête. Guérison en quinze jours. Trois mois après, douleurs vives, nocturnes, ostéécopes du tibia droit. Le diagnostic de tuberculose osseuse est porté, en s'appuyant sur les commémoratifs. Quelques mois plus tard, on trépane le tibia au point douloureux sans trouver de pus. En 1898, lésions périostiques multi-

ples du temporal, du frontal, de la mastoïde gauche que l'on pense ouvrir, de la clavicule gauche et de trois ou quatre côtes. Tous ces points sont pris successivement, il y a de la rougeur de la face externe du cou-de-pied tuméfaction, rougeur, infiltration des téguments ; on diagnostique tuberculose). En 1901, aggravation des lésions du pied, on trouve à l'opération un liquide séreux et clair. En 1901, le diagnostic de bacillose étant toujours porté, nouvelles pointes de feu, naphthol camphrée, huile goménolée, pansement à l'eau oxygénée et à la teinture d'iode. En 1902, développement graduel de la lésion. En juillet 1902, le malade revient consulter ; on trouve à la face externe de la jambe droite (partie inférieure) et à la face externe du pied des lésions étalées avec tuméfaction et infiltration de la peau. Les accidents astéoarticulaires anciens ont disparu sans laisser de lésions perceptibles et toutes les articulations sont saines. Une biopsie ne révèle pas les lésions microscopiques typiques de la spécificité. Le calomel est donné (injections) et huit jours après se manifeste une amélioration ; en quinze jours, transformation ; en un mois, guérison.

Observation XXXIV (GAUCHER, GASTON et BABONNEIX, *Ann. derm. et syph.* 1903). — L..., cinquante ans. Entre salle Saint-Louis le 9 mars 1903. Syphilis en 1893. Plaques muqueuses et accidents secondaires. Le malade est soigné à Ricord. Le malade est pris brusquement, en 1894, d'une douleur vive localisée au bord externe du pied gauche, qui dure trois mois et ne cède qu'à l'iodure. En 1898, le pied droit atteint est guéri de même. En 1899, le coude se prend à son tour, les mouvements deviennent douloureux quand le malade travaille depuis quelque temps ; il doit se reposer. Outre la douleur il y a une notable tuméfaction qui est apparue progressivement. Les phénomènes

atténués une première fois par KI se reproduisent et la douleur surtout ostéocope finit par priver le malade de sommeil. Quinze jours avant l'entrée, à la suite d'une exposition prolongée à la pluie, le coude droit s'immobilise complètement et les grosses articulations du membre supérieur deviennent douloureuses. Au moment où il entre à l'hôpital, le coude droit est tuméfié, surtout dans ses diamètres antéropostérieurs. Il n'y a pas d'ankylose vraie, elle est due à la contracture musculaire. Les culs-de-sac postérieurs bombent, distendus par la synoviale. Les lésions sont bornées à l'articulation huméroradiocubitale, la radiocubitale supérieure est indemne. L'épicondyle seul est tuméfié et douloureux. La radiographie décèle un épaissement du périoste, la ligne d'articulation de l'humérus est visible quoique obscurcie par l'épaississement des tissus environnants. Il y a un épaissement très opaque, en cercle, au niveau du condyle, au-dessus de l'articulation humérocubitale.

En outre il y a des traces indéniables de spécificité, syphilides ulcéreuses du cuir chevelu. Les piqûres au benzoate et l'iodure amènent l'amélioration en quinze jours, au point que le malade, encore que non guéri, quitte le service.

Observation XXXV (BERTIN, Echo médical du Nord, 1905, Lille). — Mme X..., trente-quatre ans, semble avoir contracté la syphilis il y a trois ans (éruption généralisée, ulcérations génitales, maux de gorge fréquents, céphalée. KI et protoïodure furent alors prescrits. Au début de septembre 1904, petite ulcération de la joue gauche avec tuméfaction notable qui n'a pas cessé de s'accroître. Un médecin prescrivit un traitement mixte qui, poussé cependant jusqu'à la stomatite, reste sans résultat. Au moment de son entrée, un examen rhinoscopique montrait des ulcè-

rations spécifiques superficielles, l'ulcération de la joue était typique et le genou était très volumineux. Il s'agit d'un épanchement articulaire très abondant, dans une synoviale très épaissie sans fongosités, à la partie inférieure, deux petites plaques cartilagineuses. L'extrémité supérieure du tibia est douloureuse sans déformation osseuse, et on ne trouve pas d'autres localisations douloureuses. La douleur continue prive le malade de sommeil, elle est exagérée par les mouvements. La radiographie ne montre rien d'anormal.

Dans le genou gauche, très léger épanchement sans tuméfaction appréciable, sans déformation osseuse, ni épaississement synovial. Il y a seulement de la douleur.

Le coude gauche est fléchi par des contractions articulaires ; à la palpation les os semblent absolument sains, mais la pression éveille une douleur vive à l'articulation radiohumérale. La peau présente une légère circulation complémentaire ; l'articulation contient un peu de liquide ; les mouvements sont très douloureux, l'extension complète impossible. La radiographie ne donne pas de renseignements. Le 1^{er} mars 1905 on injecte 7 centig. de Hg métallique sous forme d'huile grise et on donne 4 gr. de KI par jour ; on fait de la compression ouatée. Sur la joue est posé un emplâtre de Vigo. L'amélioration, sensible en quelques jours, est très appréciable le 10, car l'ulcération a meilleur aspect, le genou encore fluctuant a beaucoup diminué, les mouvements complets du coude sont possibles. Au bout de six semaines de traitement bien toléré, les accidents de la joue et du coude sont entièrement guéris ; au genou droit il n'y a plus trace de liquide, mais seulement les traces inévitables d'une ancienne hydarthrose très abondante et de l'atrophie musculaire ; au genou gauche, le retour *ad integrum* est complet.

Observation XXXVI (SERGENT, *bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 9 mars 1905) résumée. — M... Isidore, journalier, cinquante-et-un ans. Entre à Boucicaut le 13 octobre 1904. Les antécédents héréditaires ne présentent rien à noter ; une sœur est morte tuberculeuse. Il y a cinq ans, il contracta la syphilis et fut soigné un mois à Ricord, puis y retourna un second mois pour des syphilides ulcérocrustacées. Aucun traitement n'a été suivi en dehors de ces deux séjours. A l'auscultation on trouve des signes non équivoques de bacillose.

Depuis quatre mois, gêne dans les mouvements du coude gauche, augmentant au point de s'accompagner de douleurs assez vives dans les mouvements qui se limitent. Bientôt il apparaît en même temps un gonflement évident. L'avant-bras est légèrement fléchi, l'extension complète impossible, les mouvements douloureux ; il n'y a pas de douleurs spontanées. Articulation globuleuse, la saillie de l'olécrane moins apparente à cause de la distension des culs-de-sac synoviaux est très douloureuse à la pression. On note en outre une ulcération à la face dorsale du poignet droit et une autre sur la jambe droite qui ont les caractères de la spécificité.

Les lésions tuberculeuses contr'indiquent l'iode ; on donne le biodure à 2 centigr. par injection quotidienne.

Dix jours après, le malade a gagné 2 kilos ; il se sent amélioré et mange mieux ; les lésions cutanées sont en voie de cicatrisation, les mouvements encore limités du côté du coude sont moins douloureux et le gonflement a diminué. Le 13 novembre (trentième injection) le malade a gagné 4 kilos ; il n'y a plus trace d'arthropathie. Après une suspension de quinze jours (15 nov.-1^{er} déc.) le biodure est repris. Le malade sort guéri de son arthropathie et amélioré dans son état général le 10 janvier 1905.

Observation XXXVII (GAUCHER, *journ. méd. interne*, 1906). — Femme, vingt-six ans, mariée, un enfant bien portant, mari indemne de S. Ne présente elle-même aucun antécédent de spécificité. Elle est atteinte depuis dix-huit mois d'arthrite du genou droit avec tuméfaction douloureuse. A gauche, l'article homonyme présente de vagues arthralgies.

On note une augmentation de volume des condyles fémoraux, un épaissement des tissus périarticulaires, une hydarthrose légère, des mouvements difficiles, des articulations douloureuses à la pression. En même temps on note une infiltration gommeuse du sternocleidomastoïdien et une gomme avec fracture de la clavicule gauche.

En deux mois, guérison du genou et des autres lésions par le traitement antisypilitique, les articles avaient recouvré leurs mouvements, et leur volume normal. La guérison se maintient actuellement depuis sept ans.

Observation XXXVIII (Observation personnelle, hôpital de Saint-Germain-en-Laye, salle Saint-Vincent). — G..., cinquante-quatre ans. Aucun antécédent personnel à noter, marié, femme bien portante, un enfant sans signe de spécificité. Personnellement aucune maladie antérieure. A contracté la syphilis à l'âge de vingt-neuf ans; est mis alors à un traitement qu'il ne se rappelle pas bien, mais qu'il déclare avoir suivi. Les seuls accidents par lui sont des accidents secondaires (roséole et plaques muqueuses) et quelques arthralgies, enfin peu d'épanchement dans les genoux. Le liquide disparut à la suite de l'absorption de KI. A son entrée à l'hôpital, le 14 mai, le malade, qui depuis quelque temps avait le genou droit sensible, présente une augmentation de volume considérable de l'article sans modification des téguments. Il n'y a ni rougeur, ni circulation collatérale développée. Les culs-de-sac distendus ne lais-

sent plus apercevoir les dépressions périrotuliennes habituelles. La rotule est soulevée et le cul-de-sac sous-tricipital est marqué. Enfin la face interne de l'articulation du genou est très tuméfié. Les téguments portent les traces de pointes de feu et d'un vésicatoire en fer à cheval de date récente. La palpation permet de sentir qu'une grande part de la tuméfaction est due à l'hyperthrophie des extrémités articulaires. Celles-ci sont augmentées d'une façon régulière sans aspérités ni saillées et la tuméfaction est régulière. Recherchant les points douloureux, nous en trouvons un très localisé à la pression, sur l'extrémité supérieure du tibia. La synoviale est distendue et le choc rotulien encore perceptible ; elle est épaissie en sa totalité, ne présente ni fongosités ni plaques de blindage de la forme périssynoviale.

La marche est possible, mais difficile, les mouvements sont limités par l'épanchement. On peut provoquer des mouvements de flexion assez étendus et le malade en exécute de lui-même, avec lenteur. Le 10 juin, un de mes amis, interne du service, me montrait incidemment le malade et je lui fis part de mes soupçons sur l'origine spécifique de cette arthropathie.

Le malade fut mis au traitement, et la lésion étant relativement récente, le traitement mixte donna rapidement d'excellents résultats. Le 20 juin, le liquide avait presque disparu, le genou avait diminué de volume. Le 25 juin, le malade sortait, pouvant facilement marcher ; il n'y avait plus de liquide ; il persistait une certaine augmentation des extrémités articulaires ne gênant en rien les mouvements.

FORMES A PRÉDOMINANCE SYNOVIALE

PÉRI SYNOVITE GOMMEUSE

Observation XXXIX (obs. de LANCEREAUX, *traité syph.*, 2^e édit., 1873) résumée. — G..., veuve D..., blanchisseuse. Entre le 10 juin à l'Hôtel-Dieu. Présente des ulcérations irrégulières non taillées à pic de la région sous-claviculaire gauche ; une tuméfaction de l'extrémité de la clavicule gauche, une tuméfaction en avant du sternum, des ganglions cervicaux hypertrophiés de l'alopecie en clairières, une ulcération linéaire de l'aîne droite.

L'état général est mauvais : amaigrissement marqué et toux depuis trois semaines ; pas d'appétit ni de sommeil, déglutition pénible, oppression. La céphalalgie est opiniâtre. Il n'y a pas de signes physiques de tuberculisation, mais une bronchite généralisée intense avec emphysème et augmentation de volume du foie. On cautérise le larynx au nitrate d'argent ; vésicatoires, vomitifs, opium, toniques. L'arthropnée augmente et la malade succombe avec les signes d'une péritonite subaiguë à la suite d'une érépipèle de la face.

L'autopsie révèle diverses lésions viscérales que nous passerons sous silence pour ne retenir que celles qui intéressent les articulations.

Les deux articulations fermorotibiales volumineuses renferment plus d'un verre de sérosité louche.

Les synoviales épaissies et en même temps infectées sont tapissées de plusieurs dépôts pseudomembraneux. A gauche, une fausse membrane jaunâtre unit les deux feuillets

synoviaux, à droite la bourse synoviale du droit antérieur sans communication avec la cavité articulaire n'est pas altérée. La surface articulaire du condyle externe gauche est, en un point, érodée. Les cartilages articulaires des rotules sont érodés et ulcérés secondairement.

Tous les tissus fibreux qui s'insèrent au pourtour du tibia sont transformés en une masse uniforme jaune-grisâtre élastique, formée par un dépôt gommeux. Une simple bandelette fibreuse représente le tendon rotulien et quelques tractus fibreux semblent diviser la masse gommeuse en plusieurs petites tumeurs. Les ligaments semi-lunaires et interarticulaires sont sains. L'articulation du genou gauche est un peu moins altérée. Au-dessous du peloton graisseux post-rotulien et en avant du tibia existe un peloton graisseux de 2 centimètres.

L'examen anatomique des masses gommeuses articulaires a donné une masse identique à celles des dépôts gommeux du foie.

Observation XL (VERNEUIL, Gaj. hebdomadaire des hôpitaux, 1873) résumée. — M..., vingt-six ans. Entre le 5 septembre 1872. En 1867, chancre infectant suivi de roséole. Aucun traitement outre celui très court du début et aucun accident secondaire. Il y a seize mois, le genou droit se prend. Tuméfaction progressive sans douleur vive. Seulement de la raideur, faiblesse, fatigue pendant la marche et le travail.

Il y a un mois, plaque rouge violacée transformée en ulcérations en moins de quinze jours ; se montra au côté externe de l'articulation.

Le genou droit est considérablement tuméfié (50 cent. de circonf.), le gonflement occupe toute la région et remonte surtout en haut vers le cul-de-sac de la synoviale sans être exactement limité à ce niveau. La rotule est très éloignée

des condyles et très mobile, la sensation de flot est très marquée. Au côté externe du condyle fémoral, ulcération régulière, aspect spécifique ; ailleurs, les téguments sont normaux. Indolence complète, nulle douleur au toucher, non plus qu'en pressant les deux surfaces articulaires l'une contre l'autre. Genou dans l'extension complète, on peut le fléchir à angle droit ; au-delà, légère douleur. Pas de ganglions inguinaux. Etat général excellent.

Le traitement général est institué (1 gr. KI et une pilule à 0.05 de protoïodure par jour) et localement on traite les ulcérations.

Le 1^{er} octobre, les dimensions de la plaie (1 fr.) sont très réduites, la circonférence du genou (38 cm.) a diminué). Le malade, se croyant guéri, sort de l'hôpital, malgré avis contraire.

Observation XLI (obs. DAUZAT, thèse 1878, empruntée à RICHET) résumée. — Depuis deux ans, augmentation de volume des deux genoux se répétant deux ou trois fois par an chez une spécifique avec douleurs prémonitoires. Les phénomènes durent trois semaines. La malade se présente avec des genoux très augmentés de volume, un épanchement assez marqué et une synoviale très épaissie avec plaques de blindage. Les douleurs sont à exacerbations nocturnes. On donne du protoïodure de Hg et de l'iode ; la guérison est presque complète en dix jours. Il reste un peu de faiblesse du genou gauche.

Observation XLII (obs. DANGAT, in-8°). — Malade entre le 19 mai pour manifestations secondaires ; brusquement pris le 27 mai de douleurs vives dans le genou gauche avec augmentation brusque assez considérable du volume de l'article. Les mouvements sont limités et la synoviale très

épaissie présente les modifications de la précédente (plaques de blindage). Le protoïodure donné amène la guérison le 12 juillet.

Observation XLM 10bs. DANGAT, in-8°). — Malade venant consulter le 1^{er} novembre 1850 pour tumeur blanche du genou, présente des traces de vésicatoires avec une inflammation des téguments. Les mouvements sont possibles. On note une augmentation de volume considérable ; un épanchement très abondant ; une induration par plaques de la synoviale épaissie et comme cartonnée. Les os sont peu déformés ; il y a un léger relâchement des ligaments. Ce sont, dit Richet, tous les caractères d'une tumeur blanche du genou à la période de relâchement ligamenteux, moins la douleur. On donne le protoïodure ; trois jours après une amélioration sensible est notée. Huit jours après il y a peu de liquide et la synoviale est moins épaissie. On donne KI. En janvier 1851, plus de liquide synoviale à peine épaissie ; les mouvements anormaux ont presque totalement disparu.

Observation XLIV (thèse DAUZAT, empruntée à CROCO, Bruxelles 1853) résumée. — Une femme de trente-cinq ans traitée pour syphilis présente pendant un arrêt de traitement une douleur dans le genou gauche avec augmentation de volume de l'article. On donne du sublimé à l'intérieur ; l'amélioration est notable, un mois après guérison. Sept mois plus tard, flexion impossible à la suite des mêmes phénomènes. Sublimé à l'intérieur ; l'amélioration est rapide. Dans ces deux cas on avait noté les épaississements notables de la synoviale.

Observation XLV (thèse DAUZAT, obs. person.), résumée. — B..., quarante-trois ans, a contracté la syphilis en 1859. En 1869, le genou gauche augmente, puis diminue rapidement de volume. En 1873, nouvelle poussée. Le genou gauche est le siège d'un volumineux épanchement. On note un épaississement de la synoviale avec induration par plaques. Les mouvements sont peu douloureux. Le traitement institué (pilules de Ricord) amène une amélioration rapide. Le malade sort guéri.

Observation XLVI (obs. I, thèse PLATEAU 1877, empruntée à FOURNIER) résumée. — R..., vingt-six ans, présente depuis un mois des douleurs erratiques qui augmentent progressivement en même temps que le genou gauche se tuméfie. Il y a une hydarthrose volumineuse, avec absence de gêne, douleurs surtout nocturnes. La synoviale est épaissie et indurée par places. On note une gomme molle et empâtée du droit antérieur. 2 gr. de KI sont donnés. Le malade entré le 20 janvier est complètement guéri le 10 février.

Observation XLVII (COTTEN, *France médicale*, 19 juillet 1879) résumée. — L., Louise, quarante-huit ans. Entre le 12 février 1879. Début de l'affection il y a sept mois. Le genou augmente progressivement; un peu de gêne et quelques craquements sont notés dans les mouvements. On applique de la teinture d'iode, plusieurs vésicatoires, de la compression ouatée, des pointes de feu sans résultat.

A l'entrée dans le service, on constate un gonflement de tout l'article, avec distension de la synoviale et épaississement général de la séreuse, sans modifications cutanées. Un épaississement plus marqué, plaque dure, élastique, assez volumineuse, siège au cul de sac de la rotule. Les mou-

vements sont un peu gênés et limités par un peu de douleur, il y a de nombreux et forts craquements. Gomme de la limite des régions frontotemporales, tibias dentés et irréguliers. Le traitement institué amène progressivement la guérison complète le 17 avril.

Observation XLVIII (obs. thèse DEFONTAINE, 1882) résumée). — C... Germain, trente ans. A contracté la syphilis à vingt ans. Présente des syphilides cicatrisées de la cuisse droite et du creux poplité gauche ; il existe diverses pléiades ganglionnaires. En 1880, gêne, puis lourdeur du genou droit ; le genou se tuméfie. Il entre le 21 janv, 1881. On trouve dans un article volumineux une saillie molle au-dessus et en-dedans de la rotule, et une masse mobile du cul-de-sac supérieur. Le choc rotulien est perçu. Traitement : frictions à l'onguent napolitain, 1 gr. de KI par jour. Le 17 février, il n'y a plus de liquide et la masse du cul-de-sac interne a presque disparu.

Observation IL (obs. thèse DÉFONTAINE 1882). — M..., sergent de ville, eut, il y a vingt ans, un chancre qui dura trois semaines, ayant déjà présenté diverses poussées articulaires qui ont même nécessité le repos. Actuellement, genou augmenté de volume, épanchement moyen, choc rotulien possible. La synoviale présente une masse molle circonscrite, volumineuse, déformant en faillie le cul-de-sac supéro-externe. Extrémités osseuses intactes. Le 29 juillet 1881, amélioration notable ; le 16 août, il n'y a plus ni liquide ni empatement autour de la synoviale.

Observation L. DEFONTAINE, in-d°. — M..., trente-cinq ans, Syphilis vers la fin de 1871. Le malade reprend du sirop

de Gibert et de l'iodure toutes les fois qu'il constate des accidents. Depuis trois mois il se traite continuellement, souffrant du genou gauche qui est assez douloureux. Pas d'épanchement. Au-dessus de la rotule, une masse dure et consistance cartilagineuse faisant saillie est perçue facilement. On trouve un point douloureux sur le condyle externe du fémur et une masse dure à la face interne du tibia. Le traitement institué amène une répression notable des lésions. En décembre 1882, il présente encore une induration notable du cul-de-sac sus-rotulien.

Observation LI (Dr VIVIER, *Ann. des maladies vénériennes*, 1907). — Malade entré à l'hôpital en février 1905 pour tumeur blanche du genou. Le malade examiné à plusieurs reprises sous chloroforme. On fit une ponction exploratrice d'un des points fluctuants et on conclut à la nécessité d'une amputation. Le malade refusa et allait quitter l'hôpital quand le chef de service, encouragé par quelques cas heureux de tuberculose articulaire guéris sous ses yeux par le docteur Vivier, lui confia le malade pour essayer un traitement conservateur. Malade de quarante-deux ans, quand, amaigri, fatigué par des douleurs persistantes. Le genou droit très volumineux, demi fléchi, tibia en subluxation en arrière offrait l'aspect typique d'une tumeur blanche à la période de luxation. La synoviale distendue par un épanchement moyen, et épaissie dans son ensemble, présentait des parties plus dures et d'autres molles ; en particulier, de chaque côté. Au tendon rotulien on a la sensation de fongosités articulaires. Il y a une tuméfaction des condyles fémoraux et de l'interne en particulier. L'extension est impossible au-delà d'un angle fortement obtus et la flexion ne dépasse pas l'angle droit. Il y a rétraction marquée des muscles de la face postérieure de la cuisse et les mouvements de latéralité témoignent de l'usure des

ligaments. Le genou est douloureux spontanément, au toucher et pendant la marche, surtout au condyle interne. Les douleurs n'augmentent pas la nuit. L'évolution avait été rapide et depuis deux ans l'état général devenait mauvais. En 1904, il commença à souffrir ; deux vésicatoires et un silicate n'amènèrent aucun résultat et il fut forcé d'entrer à l'hôpital.

Outre sa lésion articulaire, il présentait au niveau du frontal une petite collection fluctuante d'origine osseuse survenue sans douleur appréciable. Le traitement conservateur de cette « tumeur blanche » fut commencé. Le genou redressé le mieux possible fut maintenu dans un appareil plâtré prenant le bassin et le pied. Une fenêtre à la face antérieure permit de faire dix injections d'huile iodoformée et créosotée. Le résultat local fut nul et l'état général devint très mauvais. Le malade fut présenté à un spécialiste très autorisé du traitement conservateur des tumeurs blanches qui conseilla un séjour à la mer et des injections de naphthol camphré.

Le malade ne suivit pas ce conseil et, se rendant en Normandie, il se fit faire des « massages » dirigés contre la rétraction des nerfs du creux du jarret qui, à son idée, constituait toute la maladie. Ce traitement l'améliora sensiblement ; les douleurs spontanées disparaissent, la marche est pénible, la jambe est déviée en dehors par suite de la laxité ligamentaire. En octobre, le malade, revenu à Paris, est rencontré par le docteur Vivier qui fut tout surpris de le voir marcher et soupçonna une erreur de diagnostic. Le malade, pourtant, ne se décida qu'un an après à venir le voir. Le genou était alors (octobre 1906) en demi-flexion et le tibia, subluxé en arrière, présentait une extrémité augmentée de volume. L'extrémité inférieure du fémur est élargie ainsi que la rotule. La synoviale est distendue par un tissu mollasse. Il existe à mi-chemin, entre le bord interne de la rotule et le condyle interne, un épaississement de la synoviale gros comme un haricot et qui

simule un corps étranger. Plus haut existe un épaississement analogue mais plus large et fondu avec la synoviale ; du côté externe, une plaque d'induration de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Les extrémités osseuses ne sont pas du tout douloureuses, sauf au niveau du premier épaississement synovial interne. La fluxion se fait un peu plus qu'à l'angle droit autant que le permet la subluxation qui est très nette. Les mouvements de latéralité sont très marqués. Sur le crâne, on trouve une exostose frontale et une exostose occipitale non douloureuses. Pas d'antécédents spécifiques, mais ces plaques de blindage de la synoviale que nous avons décrites entraînent le diagnostic qui fut confirmé par le docteur Gaucher. On commença de suite les piqûres de benzoate de Hg à 2 cmc. par jour pendant quinze jours, puis deux mois de repos. Les douleurs spontanées sont diminuées ; les douleurs provoquées subsistent au moindre effort. En février 1907, une deuxième série de piqûres suivie de repos, puis une série de trente-deux piqûres en avril font faire des progrès étonnants vers la guérison, avec diminution progressive de la marche qui devient facile. En octobre 1907, le malade dont l'état général est très amélioré, recommence une série de piqûres ; la configuration du genou est presque normale, il est presque étendu ; le tibia est cependant encore un peu en arrière et le condyle interne un peu augmenté de volume, ainsi que la rotule. En dedans, on sent un noyau de consistance cartilagineuse, et en dehors deux noyaux de la grosseur l'un d'un pois, l'autre d'un haricot. Les noyaux inclus dans la capsule sont relativement mobiles. En bas et en avant, sous le tendon rotulien, de chaque côté sont des masses molles donnant l'impression de fongosités. Dans l'hydarthrose, la flexion dépasse l'angle droit sans se faire complètement, l'extension est complète. Il n'y a plus le moindre mouvement de latéralité, l'exostose frontale a disparu.

A noter que pendant cinq ou six mois le traitement est

resté inefficace et les progrès ne se sont manifestés qu'à la deuxième ou troisième série d'injections. Enfin, quoique les manifestations synoviales plus nettes appartiennent bien à la forme péricapsulaire, il y avait des déformations osseuses,

Observations LII (observation personnelle. — Quoique déjà rapportée dans notre introduction, qu'il nous soit permis de préciser ici certains points ; femme âgée de 36 ans, exerçant la profession de ménagère ; entrée à l'hôpital pour une affection du genou se présentant avec des caractères marqués de tuméfaction et de douleur.

La malade ne révèle rien de particulier dans ses antécédents héréditaires qui sont un peu flous, et les antécédents personnels ne nous mettent pas sous la trace de syphilis ; pas de fausses couches ; un seul enfant mort à trois ans de diphtérie n'a jamais présenté aucune trace de spécificité. Elle n'avait pas de maux de gorge fréquents à certaine époque, ni alopecie, ni éruption ; enfin aucun commémoratif qui puisse nous mettre sur la voie.

A la fin de 1907, la malade eut quelques craquements non douloureux dans le genou gauche qui, depuis cette époque, augmenta progressivement de volume. Cette tuméfaction rendait pénible la flexion de la jambe sans entraver la marche. Depuis le début de l'affection, la malade accuse encore des douleurs vagues dans les membres et les articulations surtout. Durant un mois, elles se localisèrent à l'épaule gauche et toujours elles présentèrent les caractères de douleurs astécopes à exaspération vespérale.

La malade peut marcher, mais avec difficulté et, vaquant à ses occupations, ne se plaint que d'un peu de fatigue le soir.

L'inspection ne révèle aucune modification des téguments.

Le genou est très volumineux. Volumineux, il fait paraître très amaigri et la jambe et la cuisse. Les culs-de-sac bombent très visiblement, distendent la synoviale.

La palpation n'est pas douloureuse, elle précise la distension des culs de sac et révèle en outre l'épaississement particulier de la synoviale. On trouve vers l'extrémité inférieure du fémur une tuméfaction ovoïde nette, grosse comme une noisette légèrement molasse. Le choc rotulien s'obtient facilement ; il y a des mouvements de latéralité. La rotule épaissie donne lorsqu'on la mobilise latéralement un bruit de frottement semblable à un bruit de râpe.

Pas de température, cœur normal, quelques râles de bronchites dans les deux poumons.

La malade est mise au traitement spécifique, et, après trois injections intra-musculaires hebdomadaires, d'huile grise, l'amélioration était telle que, se croyant guérie, la malade cessa brusquement de venir se faire soigner.

Nous avons rappelé avec une brièveté volontaire tous les caractères objectifs que présentait cette malade, les ayant déjà rapportés dans notre introduction, nous y renvoyons pour les détails afin de ne pas faire double emploi.

ARTHRITES SUPPURÉES

Observation LIII. (BOULLV. Thèse 78, obs. due à *Ollier*).
— X..., 52 ans, entre dans le service d'Ollier le 26 mars 1879 avec une arthrite suppurée du coude gauche et on la lui adresse pour une résection. Tuméfaction du coude gauche comme dans les arthrites fongueuses, deux fistules au côté externe de l'articulation, dont l'une oblitérée, l'autre admettant le stylet qu'elle conduit dans l'articulation. Au début, il s'est écoulé un peu de pus et, depuis un mois, l'état reste stationnaire avec une sécrétion insignifiante. Pas de douleur, la tuméfaction seule gêne les mouvements.

C'est cette indolence qui porta Ollier au diagnostic d'arthrite spécifique du coude ; la présence d'ulcérations spécifiques aux jambes confirma le diagnostic. La tuméfaction porte sur les tissus périarticulaires et il n'y a aucune exostose. Le périoste est seulement épaissi. Le stylet introduit dans l'articulation fait reconnaître une dénudation du cartilage sans érosion profonde de l'os. Il y a une lésion syphilitique du tissu fibreux de la capsule et des parties molles périarticulaires.

Ordonne KI qu'en trois semaines guérit le malade. Le coude a repris ses mouvements.

CONCLUSIONS

I La syphilis articulaire, par ses symptômes et par les lésions qu'elle crée, se différencie assez des autres affections articulaires pour occuper une place spéciale dans la nasographie médicale.

II Dans les articulations comme partout ailleurs on retrouve les processus habituels de la spécificité : gomme, sclérose.

III Les manifestations de la syphilis peuvent porter exclusivement sur la synoviale ou être exclusivement osseuses.

IV Les manifestations tertiaires de la syphilis peuvent simuler la tuberculose articulaire, mais les caractères cliniques sont généralement assez nets pour permettre un diagnostic positif et non un diagnostic d'exclusion.

V L'influence du traitement antisypilitique est d'autant plus heureuse et la guérison d'autant plus complète que la lésion sera plus récente ; il ne pourra plus agir sur certaines lésions qui, une fois constituées, seront du ressort de la chirurgie.

VI Le traitement doit être précoce, énergique et suffisamment prolongé pour éviter les récidives.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
RECLUS

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ et TAVEL : Arch. plur., 1885.
BERTIN : *Echo du Nord* (Lille), 1906.
BOYER : *Traité prat. de la syphilis*, 1836.
BOUILLY : *Thèse agrégat.*, 1878.
CAYLA : *Ann. dermat. et syph.*, 1887.
CHEMINADE : *Bulletin soc. méd.*, Bordeaux, 1889.
CHOMEL : *Clinique méd.*, 1837.
COLSON : *The Lancett*, mars 1858.
CORNIL : *Lect. sur la syph.*, 1878.
DANJOU : *Thèse Paris*, 1887.
DAUZAT : *Thèse Paris*, 1875.
DEFONTAINE : *Thèse Paris*, 1883.
DESPRÉS : *Traité théor. et prat. de la syph.*
DUPLAY et RECLUS : *Traité de chirurgie*, V. III.
DUPONCHEL : *Soc. méd. des hôpitaux*, 1890.
DUREUIL : *Thèse Paris*, 1881.
GAUCHER : *Soc. clin.*, 1879, *France médicale*, 1879.
GAUCHER : *Journal méd. int.*, 1906.
GAUCHER et GOYON : *Ann. dermat. et syph.*, 1901.
GAUCHER, GASTON et BABONNEIX : *Ann. dermat. et syph.*, 1903.
GANGOLPHE : *Congrès français de chirurgie*, 1881.
GANGOLPHE : *Soc. anat.*, Paris, 1885.
GANGOLPHE : *Ann. dermat. et syph.*, 1885.
GIES : *Deutschzeitung für chirurgie*, 1881.
GRIFFON : *Trib. méd.*, 1906.
GUARDIA : *Méd. à travers les siècles*, 1856.
GUIGNARD : *Thèse Paris*, 1870.
GRANDMAISON et BODIN : *Arch. gén. de méd.*, 1902.
HUNTER : *Traité de la syphilis*, trad. RICHELOT.
JULIEN : *Thèse agrégat.*, 1878.
KIRMISSON : *Bulletin méd.*, 29 mai 1889.
LANCEREAUX : *Traité de la syphilis*, 2^e édit.
LANCEREAUX : *Société de chirurg.*, 1863.

- LANNELONGUE : *Trib. méd.*, 18 septembre 1887.
 LANNELONGUE : *Soc. chir.*, 1881.
 LANNELONGUE : *Bulletin méd.*, 20 mars 1887.
 DE LAPERSONNE : *Thèse agrég.*, 1886.
 LEREDDE : *Rev. prat. des malad. vénér.*, 1903.
 MARC SCHULLER : *Archives Van Langenbrek.*
 MANINO : *France méd.*, 1898.
 MARFAN : *Rev mens. des malad. de l'enfance* 1906.
 MERGET et TERRIER : *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1904.
 MÉRICAMP : *Thèse Paris*, 1882.
 MIDDELDORFF : *Arch. sur Chirurgie*, 1886.
 MOREL-LAVALLÉE : *Union méd.*, 3 mai 1888.
 NICOLAS : *Lyon méd.*, 1905.
 PANAS : *Soc. clin.*, 1879.
 PANAS : *Dict. Jaccond.*
 PARROT : *Arch. de phys.*, 1871-72.
 PARROT : *Prof. méd.*, 1878-80.
 PLATEAU : *Thèse Paris*, 1877.
 POTIN : *Soc. clin.*, 1879.
 RAVAUT : *Gaz. hôp.*, 1906.
 RICHTER : *Mém. acad. méd.*, tome XVIII, 1853.
 RICORD : *Traité rat. d. m. v.*, 1838.
 RICHTER et LANCET : *Gaz. méd. hôp.*, 1904.
 SCHERB et SICARD : *Bull. méd. Algérie*, 1905.
 SERGENT : *Bull. soc. méd. hôp.*, 9 mars 1905.
 STANLEY : *Birmingham méd. rev.*, 1901.
 TAYLOR : *Amer. jour. of derm. and syph.*
 THIBIERGE, RAVAUT et LESOURD : *Bull. et mém. soc. méd.*,
 Paris 1906.
 TOUSSAINT : *Thèse Paris*, 1881.
 TROST : *Wien méd. Wosch*, 1889.
 VAFFIER : *Thèse Paris*, 1875.
 VINET : *Ann. derm. et syph.*, 1880.
 VIVIER, *Ann. des m. v.*, 1907.
 WIRCHOW : *Soc. Berlin*, 1884.

